RAPPORT DE GESTION

2011-2012

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Côte-Nord

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

RAPPORT DE GESTION

2011-2012

Document réalisé par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Coordination

Sandra Morin, chef de service des communications, des affaires corporatives et coordonnatrice régionale en sécurité civile - mission santé

Pascal Paradis, conseiller en communication

Réalisation technique

Karine Poirier, agente administrative

Note

Dans ce document, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Agence de la santé et des services sociaux
de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 2012

Dépôt légal - 4e trimestre 2012
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque de l'Assemblée nationale
ISBN 978-2-89003-244-6 (version imprimée)
ISBN 978-2-89003-245-3 (PDF)

MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Réginald Caron

Gaétan Garon

Monsieur le Ministre,

Nous avons le plaisir de vous déposer le rapport annuel de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord (Agence) pour 2011-2012, une année où les efforts visant à consolider et maintenir une offre de services de qualité et sécuritaires à la population nord-côtière se sont poursuivis.

Ces efforts ont été réalisés en parallèle avec la mise en œuvre de mesures d'optimisation ayant pour objectif de réduire les dépenses de nature administrative au sein du réseau. À cet égard, beaucoup de chemin a été parcouru cette année. Il suffit de penser à la nouvelle Direction régionale des ressources informationnelles (DRRI) qui assure maintenant une réponse uniformisée aux besoins des utilisateurs de la région. Le regroupement de certains services administratifs au sein des deux pôles régionaux (Baie-Comeau et Sept-Îles) est un autre exemple de mesure permettant de réduire les dépenses administratives et de dégager des marges de manœuvre pour améliorer les services de proximité offerts à la population.

À ce titre, il faut souligner le soutien des conseils d'administration, des directions et du personnel du réseau qui permet de réaliser des projets régionaux et par pôle de services. Grâce à la mobilisation des différents acteurs concernés, il est possible d'obtenir des résultats concrets fort positifs.

Cette concertation régionale se traduit notamment par la mise en place de corridors de services autour des deux pôles de services spécialisés que sont Baie-Comeau et Sept-Îles, et ce, tout en favorisant l'amélioration continue des services le plus près possible du milieu de vie. Cette nouvelle façon de faire permet d'apporter une meilleure réponse aux besoins de la population en limitant les barrières entre les établissements et entre les professionnels.

En ce qui concerne l'accessibilité aux services, six centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région ont maintenant leur guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille. De plus, les effectifs médicaux ont augmenté au cours de l'année. Cette augmentation appuie davantage les efforts soutenus et concertés des établissements de la Côte-Nord, pour une meilleure prise en charge de la santé et du bien-être de la population.

Le recrutement de main-d'œuvre demeure toutefois un défi quotidien au sein du réseau où des postes sont à pourvoir dans divers secteurs, dont la médecine, les soins infirmiers, l'ergothérapie, la physiothérapie et le travail social. À cet égard, le mécanisme de concertation régional impliquant les responsables des ressources humaines ciblera des mesures visant à recruter et fidéliser la main-d'œuvre ainsi qu'à réduire le temps supplémentaire et le recours à la main-d'œuvre indépendante.

Cette année, nous notons des résultats très positifs dans la région, notamment en ce qui a trait aux services spécialisés en chirurgie où les cibles de délais d'intervention ont été atteintes. La région affiche aussi de bons résultats en ce qui concerne les demandes traitées dans les délais prescrits pour les services aux personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Dans d'autres secteurs, l'atteinte des cibles demeure plus difficile, notamment pour la durée de séjour à l'urgence et le soutien à domicile.

Au plan financier, la situation demeure difficile pour quelques établissements, en lien particulièrement avec le défi posé par le déploiement du Plan Nord et l'affluence des travailleurs qui en découle. Malgré ce fait, l'équilibre budgétaire demeure une priorité pour la région et beaucoup d'efforts sont consentis tout au long de l'année pour soutenir les établissements dans l'atteinte de cet objectif. Le résultat financier cumulé de l'ensemble des établissements de la région est positif au 31 mars 2012.

Le vieillissement de la population constitue un autre défi pour les établissements de la région. Dans ce contexte, les acteurs du réseau travaillent ensemble afin d'identifier des avenues novatrices de collaboration interétablissements, qui permettront de consolider et bonifier les services offerts aux Nord-Côtiers.

L'amélioration continue de la prise en charge de la santé et du bien-être de la population de la Côte-Nord relève du dévouement et du professionnalisme exceptionnel dont savent faire preuve les membres des conseils d'administration, les médecins et le personnel en général, les bénévoles et les partenaires qui œuvrent au sein du réseau. Nous tenons à les remercier sincèrement pour leur engagement constant, contribuant ainsi à l'amélioration continue de la santé et des conditions de vie de la population nord-côtière.

Recevez, Monsieur le Ministre, l'expression de nos plus cordiales salutations.

Le président du conseil d'administration,

Réginald Caron

Le président-directeur général,

Gaétan Garon

MOT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

La Loi sur la santé publique demande au directeur de santé publique de produire un rapport annuel portant sur l'état de santé de la population et les actions de santé publique prises pour améliorer l'état de santé.

Raynald Cloutier

ENQUÊTE SANTÉ CÔTE-NORD

En 2011-2012, nous avons tenu notre quatrième Enquête Santé Côte-Nord pour connaître la perception de la population au regard de son état de santé. Cette enquête nous confirme la tendance nord-américaine en lien avec l'augmentation de l'obésité. Le tabagisme apparaît être le seul facteur de risque significatif qui montre une amélioration. Si l'on considère l'effet sur la santé du tabagisme, il s'agit d'un résultat encourageant.

Par ailleurs, l'Agence a pris connaissance, à l'hiver 2012, d'une étude sur le coût du panier à provisions nutritif (PPN). Le panier à provisions nutritif représente, en théorie, la nourriture que devrait consommer une famille. L'étude a comparé différentes régions et situations familiales. Les résultats ne sont pas surprenants, mais inquiétants; en effet, une différence de 10 à 80 % selon l'éloignement. Concrètement, un panier d'épicerie coûte en moyenne entre 30 et 50 $ de plus par semaine pour une famille de quatre personnes (deux adultes et deux enfants) vivant en Basse-Côte-Nord.

Les solutions à cette situation relèvent de plusieurs ministères et organismes publics et des municipalités. Le Plan d'action régional pour la solidarité et l'inclusion sociale (PARSIS), déposé par la Conférence régionale des élus de la Côte-Nord, est un levier d'action, mais son efficacité sera accrue par l'implication et le soutien des organismes publics.

ENJEUX RÉGIONAUX EN SANTÉ PUBLIQUE ET PLAN NORD

L'Enquête Santé Côte-Nord, l'analyse du panier à provisions nutritif et le Plan Nord mettent en évidence plusieurs enjeux régionaux pour contrôler les facteurs de risque et travailler sur certains déterminants de la santé. Incidemment, la pauvreté, la violence et les dépendances demeurent des problématiques régionales préoccupantes. Le Plan Nord devrait servir d'opportunité pour favoriser le développement d'environnements favorables à la santé et au mieux-être de la population. Que ce soit du soutien au transport d'aliments sains, au développement de pistes cyclables, de piscines, de terrains de jeux ou de favoriser les groupes communautaires pour contrer la violence, favoriser l'allaitement, accompagner les familles, etc., les retombées du Plan Nord représentent une opportunité extraordinaire. La communauté nord-côtière doit s'approprier ce levier de développement social.

Nous avons des données qui confirment nos défis de santé. Comme directeur de santé publique, il est essentiel que nous profitions de nos leviers et de nos opportunités pour travailler ensemble à améliorer la santé et le mieux-être de notre population.

Le directeur de santé publique,

Raynald Cloutier, m.d.

DÉCLARATION PAR LE PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

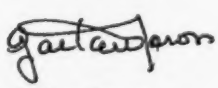
DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION DE L'AGENCE ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de soutenir la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport de gestion 2011-2012 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.

Le président-directeur général,



Gaétan Garon

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I - PRÉSENTATION DE L'AGENCE ET DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN AU RÉSEAU NORD-CÔTIER

LA RÉGION 3
LA MISSION 3
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION 4
LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE 4
LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE 5
LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE 6
LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE 7
LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE 7
LE COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES 9
LE COMITÉ DE GESTION DU RÉSEAU - CÔTE-NORD 10
LA STRUCTURE DE L'AGENCE 10
LES ÉTABLISSEMENTS 12
LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES 13
LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 14
LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL 16
LES RESSOURCES HUMAINES 17
LES RESSOURCES ET LA SÉCURITÉ DES ACTIFS INFORMATIONNELS 19
LA SÉCURITÉ CIVILE - MISSION SANTÉ 20
LES COMMUNICATIONS 21
LE PLAN NORD 21

CHAPITRE II - LES SERVICES À LA POPULATION

L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 25
L'OPTIMISATION 26
Soutien à domicile 29
LES SERVICES GÉNÉRAUX 30
Accessibilité aux services 30
Ligne Info-Santé/Info-Social 31
Effectifs médicaux 32
Services offerts en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle 34
LA SANTÉ PHYSIQUE 35
Services d'urgence 35
Comité régional de traumatologie 35
Comité régional pour l'implantation des infirmières praticiennes spécialisées 36
Lutte au cancer 37
Chirurgie 39
Déplacement des usagers 40
Groupe de médecine de famille 40
Services préhospitaliers d'urgence 41
Dossier de santé du québec 42
Guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille 43
Organisation des services de néphrologie et de suppléance rénale 43
Douleur chronique 44
Maladies chroniques 44

LA PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT 45
Accès aux services 45
Réseau de services intégrés pour les personnes âgées 46
Faits saillants 46
LA DÉFICIENCE PHYSIQUE, DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT 49
Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience 49
Services spécifiques 50
Services spécialisés 50
Budget non récurrent dédié aux besoins des clientèles sur les listes d'attente en DP, DI et TED 50
LES JEUNES EN DIFFICULTÉ 51
Services de première ligne 51
Faits saillants 51
LA SANTÉ MENTALE 52
Services de première ligne 52
Services d'intégration dans la communauté 53
Faits saillants 53
LA SANTÉ PUBLIQUE 54
Programme national de santé publique 54
Prévention et promotion de la santé 55
Développement social et développement des communautés 61
Santé environnementale 62
Santé au travail 63
Maladies infectieuses 64
Surveillance et évaluation 69
L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE 70
Qualité des services 70
Traitement des plaintes 71
Santé et bien-être des hommes 73
Accès aux services en langue anglaise 73

CHAPITRE III - LES INFORMATIONS FINANCIÈRES

LA SITUATION BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 77
Équilibre budgétaire 77
Fonds régionaux 78
LE RAPPORT DE LA DIRECTION 83
LE RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS 84
LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE 86
Notes aux états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2012 97

ANNEXES

ANNEXE A - CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
ANNEXE B - RÉPARTITION PAR CENTRES D'ACTIVITÉ DU VOLUME ET DES COÛTS DE DÉPLACEMENT DES USAGERS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD
ANNEXE C - RÉPARTITION DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE DÉCLARÉES EN 2011

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

TABLEAUX

Tableau 1	Membres du conseil d'administration	4
Tableau 2	Comité exécutif de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	6
Tableau 3	Membres de la Commission infirmière régionale	6
Tableau 4	Membres de la Commission multidisciplinaire régionale	7
Tableau 5	Comité de direction du Département régional de médecine générale	8
Tableau 6	Comité de direction du comité régional sur les services pharmaceutiques	9
Tableau 7	Répartition des effectifs de l'Agence	10
Tableau 8	Financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires	14
Tableau 9	Résumé des rehaussements octroyés à la région - PREM 2012-2015 en spécialité	33
Tableau 10	Évolution des effectifs médicaux	33
Tableau 11	Membres du comité régional pour l'implantation des infirmières praticiennes spécialisées	37
Tableau 12	Groupes de médecine de famille sur la Côte-Nord	40
Tableau 13	Nombre de transports ambulanciers sur la Côte-Nord	42
Tableau 14	Clientèle des guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille de la Côte-Nord	43
Tableau 15	Implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	47
Tableau 16	Demandes d'admission en hébergement de longue durée	48
Tableau 17	Personnes hébergées au 31 mars 2012	48
Tableau 18	Personnes en attente d'hébergement au 31 mars 2012	48
Tableau 19	Personnes en soins de courte durée en attente d'hébergement de longue durée au 31 mars 2012	48
Tableau 20	Projets financés par « La gang allumée »	55
Tableau 21	Projets financés par le Programme de subvention en matière de sécurité alimentaire	57
Tableau 22	Activités du programme de santé au travail réalisées dans les entreprises de la région	63
Tableau 23	Évolution du bilan régional des dossiers de plaintes et d'interventions (2009-2012)	71
Tableau 24	Bilan des dossiers de plaintes par établissement (2011-2012)	72
Tableau 25	Bilan des dossiers conclus avec mesures par motif (2011-2012)	72
Tableau 26	Situation budgétaire des établissements	77
Tableau 27	Répartition du volet « maintien d'actifs »	78
Tableau 28	Répartition de la réserve régionale 2011-2012 - Volet « maintien d'actifs »	78
Tableau 29	Répartition du volet « rénovation fonctionnelle »	79
Tableau 30	Répartition de la réserve régionale 2011-2012 - Volet « rénovation fonctionnelle »	79
Tableau 31	Répartition du volet « rénovation fonctionnelle mineure en CHSLD »	80

Tableau 32 Répartition de l'enveloppe de maintien d'actifs - Volet « équipement médical » 81
Tableau 33 Répartition de l'enveloppe de maintien d'actifs - Volet « équipement non médical et mobilier » 81
Tableau 34 Répartition du budget de location d'espace 82
Tableau 35 Autorisations d'emprunts 82

FIGURE

Figure 1 Schéma organisationnel 2011-2012 11

LISTE DES ACRONYMES ET DES ABRÉVIATIONS

Agence	Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
CDD	Centre de dépistage désigné
CEDC	Centre d'expertise en douleur chronique
CGR	Comité de gestion du réseau
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIR	Commission infirmière régionale
CLSC	Centre local de services communautaires
CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
CPRCN	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
CPS	Centre de prévention du suicide
CR	Centre de réadaptation
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DRRI	Direction régionale des ressources informationnelles
DSQ	Dossier de santé du Québec
EVAQ	Évacuation aéromédicale du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
I-CLSC	Intégration CLSC
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPM	Index patient maître
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAMROT	Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAPA	Personne âgée en perte d'autonomie
PAR-PAL	Plan d'action régional et plans d'action locaux
PCI	Prévention et contrôle des infections

PCP	Pratiques cliniques préventives
PEM	Plan d'effectifs médicaux
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PNSP	Programme national de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI-RTF	Ressource intermédiaire et de type familial
RLS	Réseau local de services
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
TED	Trouble envahissant du développement
TRPIN	Table régionale en prévention des infections nosocomiales

CÔTE-NORD région 09

CLSC **NASKAPI**

Kawawachikamach ■

Matimekosh ✱

Schefferville □ ✚

Fermont ■ ▲ □

CSSS DE **L'HÉMATITE**

CSSS DE **PORT-CARTIER**

CSSS DE **SEPT-ÎLES**

CSSS DE LA **MINGANIE**

CSSS DE LA **BASSE-CÔTE-NORD**

CSSS DE **MANICOUAGAN**

CSSS DE LA **HAUTE-CÔTE-NORD**

389

138

Uashat ✱

Sept-Îles ■ ▲ ● □

Maliotenam ✱

Port-Cartier ■ ▲ ● □

Rivière-au-Tonnerre ✚

Rivière-Saint-Jean ✚

Longue-Pointe-de-Mingan ✚

Mingan ✱

Havre-Saint-Pierre ■ ▲ ● □

Baie-Johan-Beetz ✚

Aguanish ✚

Natashquan ✚

Pointe-Parent ✱

Kegaska ✚

La Romaine ✱

Unamen Shipu ✚

Chevery ✚

Harrington Harbour ● ✚

Tête-à-la-Baleine ✚

Mutton Bay ✚

La Tabatière ✚

Pakuashipi ✱

Saint-Augustin ✚

Vieux-Fort

Rivière-Saint-Paul ✚

Middle Bay

Blanc-Sablon ■ ▲ ● □

Port-Menier ✚

ÎLE-D'ANTICOSTI

Baie-Trinité ✚

Baie-Comeau ■ ▲ ● □

Chute-aux-Outardes ✚

Pessamit ✱

Forestville ■ ▲ ● □

Les Escoumins ■ ▲ ● □

Essipit ✱

Les Bergeronnes ●

Tadoussac

Sacré-Cœur ✚

Fleuve Saint-Laurent

LÉGENDE

Mission : ■ CLSC

▲ Centre hospitalier

● Centre d'hébergement et de soins de longue durée

□ Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord

✚ Point de service du CSSS

✱ Dispensaire fédéral

Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Québec ✚ ✚ ✚ ✚

CHAPITRE I

PRÉSENTATION DE L'AGENCE ET DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN AU RÉSEAU NORD-CÔTIER

LA RÉGION

Située au nord-est du Québec, la Côte-Nord s'étend sur 1 280 km de littoral de Tadoussac à Blanc-Sablon, en passant par L'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et Schefferville. La Côte-Nord occupe, à elle seule, le cinquième du territoire québécois (21,08 %) et elle se situe au deuxième rang provincial pour son étendue.

Selon les plus récentes projections de population de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la Côte-Nord compte 94 518 habitants. Les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent 48 145 personnes, soit la moitié de la population (50,9 %). Une quarantaine de municipalités, dont certaines ne sont pas reliées par voie terrestre, sont disséminées sur le territoire qui s'étale sur 270 000 km^2. La Côte-Nord est une des régions du Québec où la population autochtone est bien présente avec neuf réserves, soit huit communautés innues et une naskapie. D'après les données du recensement de 2006, la région compte 12 740 autochtones, soit environ 13 % de la population régionale. On estime qu'environ 30 % des autochtones nord-côtiers ne vivent pas sur une réserve.

La population de la Côte-Nord est aussi un peu plus jeune que celle de l'ensemble du Québec. Les statistiques de 2010 révèlent que 28,7 % des citoyens de la région ont moins de 25 ans contre 28,1 % dans la province. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont par ailleurs proportionnellement moins nombreuses qu'au Québec, même si leur nombre tend à augmenter. Elles représentent 14,5 % de la population nord-côtière alors que, dans la province, elles comptent pour 15,8 %.

Les résidents de la Côte-Nord sont majoritairement francophones, sauf en Basse-Côte-Nord où 62 % de la population locale déclare uniquement l'anglais comme langue maternelle, soit environ 3 400 personnes.

LA MISSION

L'Agence s'assure, dans le cadre de ses fonctions et en collaboration avec ses différents partenaires, que toute la population de la Côte-Nord ait accès aux services requis pour le maintien et l'amélioration de sa santé et de son bien-être.

L'Agence travaille pour une population dont la réalité géographique, sociale, culturelle et économique a des particularités propres. Le plus grand défi est de rendre accessibles les services de santé et les services sociaux à une des plus petites populations du Québec, répartie sur un des plus grands territoires de la province.

Selon les ressources disponibles et en concertation avec ses partenaires, l'Agence assure l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux de qualité qui doit s'adapter continuellement aux caractéristiques propres à la région et s'arrimer aux priorités ministérielles.

En fait, la préoccupation première de l'Agence est que le citoyen, peu importe où il réside sur le territoire, puisse avoir accès à des services de santé et des services sociaux.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Voici les membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2012.

Tableau 1 - Membres du conseil d'administration

Nom	Collège représenté	Municipalité
Marlène Berthelot	Commission infirmière régionale	Sept-Îles
Isabelle Bossé	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	Sept-Îles
Réginald Caron (président)	Organismes socioéconomiques	Baie-Comeau
Roger Dubé	Département régional de médecine générale	Baie-Comeau
Céline Foster (vice-présidente)	Comité des usagers des établissements	Forestville
Luciana D. Hovington	Milieu communautaire	Sacré-Cœur
Carmelle Jones	Membre coopté	Blanc-Sablon
Robert Mousseau	Membre coopté	Fermont
Alain Ouellet	Organismes du secteur public de l'enseignement	Baie-Comeau
Guillaume Tremblay	Milieu syndical	Baie-Comeau
Gaétan Garon	Président-directeur général	Baie-Comeau
Vacant	Centres de santé et de services sociaux	
Vacant	Commission multidisciplinaire régionale	
Vacant	Membre coopté	
Vacant	Organismes socioéconomiques	

Au total, sept rencontres ont été tenues entre le 1er avril 2011 et le 31 mars 2012, dont trois par conférence téléphonique.

Voici les membres qui siégeaient au comité de vérification au 31 mars 2012 :

- Luciana D. Hovington
- Robert Mousseau
- Un poste vacant

Durant l'année qui vient de s'écouler, deux réunions ont été tenues.

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs est joint au rapport à l'annexe A. Ce code porte sur les devoirs et obligations des administrateurs, traite des situations de conflits d'intérêts, interdit certaines pratiques et prévoit des mécanismes d'application de sanctions en cas de non-respect. Le conseil d'administration considère qu'il est important de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration des fonds publics, de favoriser la transparence et de confirmer la responsabilité individuelle et collective des administrateurs.

Un comité d'éthique et de déontologie voit à son application. Ce comité compte trois membres du conseil d'administration dont le mandat est d'une durée d'un an, renouvelable à chaque année.

Voici les membres qui font partie du comité :

- Marlène Berthelot (présidente)
- Alain Ouellet
- Un poste vacant

Au cours de l'année 2011-2012, aucune déclaration de conflits d'intérêts n'a été effectuée.

LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Cette instance est composée de tous les médecins spécialistes qui agissent à titre de chefs de département au sein des deux centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de la Côte-Nord, soit les CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles. Elle a pour mandat de conseiller le président-directeur général de l'Agence au regard de l'organisation régionale des services médicaux en spécialité dont, entre autres :

- Le plan régional des effectifs médicaux (PREM) en spécialité;
- Le plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés;
- Le réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés;
- Tout projet concernant la dispensation des services médicaux spécialisés ainsi que l'utilisation de certains médicaments;
- L'instauration de corridors de services avec la collaboration du réseau universitaire intégré de santé (RUIS).

Le président-directeur général de l'Agence et le directeur des affaires médicales et des services de santé complètent d'office la composition de cette instance. Les directeurs des services professionnels des deux établissements sous-régionaux sont conviés à participer aux rencontres à titre d'invités.

Les travaux de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée ont été relancés, au cours de l'année, à la suite de la création au printemps 2011 d'un nouvel exécutif. Deux rencontres ont eu lieu l'an dernier et les échanges ont, entre autres, porté sur l'organisation des services, notamment :

- L'ajout de postes au PREM en anatomopathologie;
- Les démarches de recrutement de médecins spécialistes.

Le comité exécutif est composé de huit membres et un poste demeure vacant.

Tableau 2 - Comité exécutif de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Nom	Fonction	Établissement
Dre Isabelle Bossé (présidente)	Chef du département clinique d'obstétrique-gynécologie	CSSS de Sept-Îles
Dr André Crépeau	Chef du département clinique de radiologie	CSSS de Sept-Îles
Dr Danny Dreige	Chef du service d'ophtalmologie	CSSS de Manicouagan
Dr Dominique Gionet	Chef du département clinique de médecine spécialisée	CSSS de Sept-Îles
Dr Yves Girard	Chef du département de médecine interne	CSSS de Manicouagan
Dre Nancy Griffiths	Chef du service clinique d'orthopédie	CSSS de Sept-Îles
Dr Gabriel Lemay	Chef du département d'anesthésiologie	CSSS de Manicouagan
Dr Said Louahlia (vice-président)	Chef du service d'anatomopathologie	CSSS de Manicouagan
Vacant	Chef du département clinique de psychiatrie	

LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

La Commission infirmière régionale (CIR) a pour rôle de donner, au conseil d'administration de l'Agence et des établissements de la région, des avis concernant principalement les trois domaines suivants :

- L'organisation, la distribution, l'intégration des soins infirmiers sur le territoire ainsi que la planification de la main-d'œuvre infirmière;
- L'accessibilité et la coordination des services impliquant les soins infirmiers du territoire;
- Les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Au 31 mars 2012, la composition de la CIR était la suivante.

Tableau 3 - Membres de la Commission infirmière régionale

Nom	Collège représenté	Établissement
Marlène Berthelot (présidente)	Direction des soins infirmiers	CSSS de Sept-Îles
Danie Chamberland	Direction des soins infirmiers	CSSS de l'Hématite
Linda Chevalier	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de la Basse-Côte-Nord
Brigitte Gagnon	Cégep (département des soins infirmiers)	Cégep de Sept-Îles
Marie LeGendre	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de Sept-Îles
Sylvie Michaud	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de la Haute-Côte-Nord
Isabelle Morin	Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires	CSSS de Manicouagan
Lucie Savard	Membre coopté	CSSS de Manicouagan
Nathalie Tremblay	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de Sept-Îles
Lise Boivin	Personne désignée par le président-directeur général	Agence

En 2011-2012, la CIR a tenu une rencontre.

LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

La Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) a pour rôle de donner, au conseil d'administration de l'Agence et des établissements de sa région, des avis sur les questions relatives à l'organisation des services autres que médicaux ou infirmiers.

Au 31 mars 2012, la composition de la CMuR était la suivante.

Tableau 4 - Membres de la Commission multidisciplinaire régionale

Nom	Établissement
Sophie Boudreau	CPRCN (Centre Le Canal) de Baie-Comeau
Josée Francoeur	CSSS de Port-Cartier
Annie Gagné	CSSS de l'Hématite
Gilles Lacasse	CSSS de Sept-Îles
Cynthia Poirier	CPRCN (Centre jeunesse) de Baie-Comeau
Anne Rioux (présidente)	CSSS de Manicouagan
Chantal Salvas	CPRCN (Centre l'Émergent) de Sept-Îles
Manon Viens	CSSS de Manicouagan
Lise Boivin	**Agence**

En 2011-2012, la CMuR a tenu deux rencontres. Les sujets suivants ont fait l'objet de discussions :

- Avis sur les balises en déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED);
- Planification stratégique;
- Déclaration d'engagement entre les centres de santé innus et l'Agence;
- Dépôt du projet de loi 127 visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux.

LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Le Département régional de médecine générale (DRMG) regroupe l'ensemble des omnipraticiens de la région qui oeuvrent en première ligne, rejoignant ainsi les médecins ayant une pratique exclusive en clinique privée et les médecins qui pratiquent en établissement.

Sous l'autorité du président-directeur général de l'Agence, le DRMG est notamment responsable :

- De définir, proposer et mettre en place un PREM en médecine familiale et d'assurer sa mise en œuvre, conformément à la décision de l'Agence;
- De mettre en place un plan régional d'organisation des services médicaux généraux, incluant un réseau de garde intégrée et de garde en disponibilité (maintien à domicile, établissements de longue durée, etc.) et d'assurer sa mise en œuvre, conformément à la décision de l'Agence;
- De définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux s'inscrivant à l'intérieur du plan régional d'organisation des services médicaux généraux;

- De faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières (AMP) et d'assurer la mise en place des activités choisies par l'Agence;
- D'évaluer l'atteinte des objectifs relatifs au Plan régional d'organisation des services médicaux généraux et à la partie du PREM relative aux médecins omnipraticiens;
- De donner son avis sur tout projet concernant les services médicaux généraux à dispenser.

Les responsabilités du DRMG sont exercées par un comité de direction composé de huit omnipraticiens, issus des territoires de la Côte-Nord et de profils de pratique différents. Docteur Roger Dubé, chef du DRMG, assume ses responsabilités sous l'autorité de la Direction générale de l'Agence. Au cours de l'année 2011-2012, le comité de direction s'est réuni à quatre reprises.

Tableau 5 - Comité de direction du Département régional de médecine générale

Nom	Établissement/Collège représenté
Dre Chantale Baril	CSSS de Sept-Îles
Dr Roger Dubé (chef du DRMG)	CSSS de Manicouagan
Dre Marjolaine Gaumond	CSSS de la Haute-Côte-Nord
Dr Pierre Gosselin	CSSS de Port-Cartier
Dr Christian Mercier	CSSS de l'Hématite
Dr Pierre Moore	CSSS de la Minganie
Dre Élisabeth Paradis	CSSS de la Basse-Côte-Nord
Dre Claudette Viens	Cliniques privées

Les principaux sujets abordés durant les rencontres ont été :

- Activités médicales particulières (AMP);
- Collaboration ou avis au regard de certains programmes :
  - Déploiement des infirmières praticiennes spécialisées (IPS);
  - Formation régionale sur les interruptions volontaires de grossesse (IVG);
  - Gestion des échantillons de produits pharmaceutiques;
  - Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS);
  - Procréation médicale assistée;
  - Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21;
  - Utilisation du formulaire pour les prescriptions transmises par télécopieur;
- Organisation des services de première ligne sur le territoire nord-côtier :
  - Accessibilité aux services de première ligne pour la clientèle vulnérable et orpheline;
  - Mise en œuvre des guichets d'accès sur tout le territoire;
  - Plans de contingence de certains établissements;
- Système d'archivage numérique des services de radiologie (PACS) pour les groupes de médecine de famille (GMF);
- Plan régional des effectifs médicaux (PREM) :
  - Coordination des effectifs médicaux en médecine familiale sur le territoire;
  - Confirmation des avis de conformité;
- Planification stratégique 2010-2015 de l'Agence;
- Recrutement médical :
  - Gestion des ententes particulières;
  - Suivi du programme des boursiers de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en médecine familiale.
- Renouvellement du comité de direction du DRMG (processus électoral).

LE COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) regroupe l'ensemble des pharmaciens de la région, rejoignant ainsi ceux ayant une pratique exclusive en pharmacie communautaire et les pharmaciens œuvrant au sein d'un établissement. Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services (RLS) de santé et de services sociaux, le comité exerce, entre autres, les mandats suivants :

- Émettre des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques, sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments ainsi que sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

Les responsabilités du CRSP sont exercées par un comité de direction composé de quatre membres élus provenant d'autant de collèges électoraux. Madame Alice Bourgeois, présidente du comité, assume ses responsabilités sous l'autorité de la Direction générale de l'Agence.

Voici les membres du comité de direction.

Tableau 6 - Comité de direction du comité régional sur les services pharmaceutiques

Nom	Fonction	Lieu de pratique
Alice Bourgeois (présidente)	Chef de département	CSSS de Sept-Îles
Sylvie Comeau	Pharmacienne en établissement	CSSS de Manicouagan
Christine Lacombe	Pharmacienne propriétaire	Baie-Comeau
Nancy Saint-Pierre	Pharmacienne propriétaire	Chute-aux-Outardes

Siègent également au CRSP, le président-directeur général, le directeur des affaires médicales et des services de santé et la responsable du dossier pharmacie à l'Agence.

En 2011-2012, le comité a tenu une rencontre.

Les sujets suivants ont fait l'objet de discussions :

- Ordonnances collectives en cessation tabagique et contre la malaria;
- Panier de services pharmaceutiques relevant des établissements;
- Formation des assistants techniques en pharmacie.

LE COMITÉ DE GESTION DU RÉSEAU - CÔTE-NORD

Afin de coordonner l'offre de service dans la région ainsi que les activités de gestion du réseau nord-côtier, le président-directeur général de l'Agence anime une table de concertation avec les établissements. Ce comité est la plateforme privilégiée pour la consultation des gestionnaires sur la planification des services, l'allocation budgétaire et les grands dossiers régionaux.

Le comité de gestion du réseau (CGR) - Côte-Nord s'est réuni à neuf reprises au cours de l'année 2011-2012.

LA STRUCTURE DE L'AGENCE

Au 31 mars 2012, le plan d'organisation de l'Agence repose sur six directions :

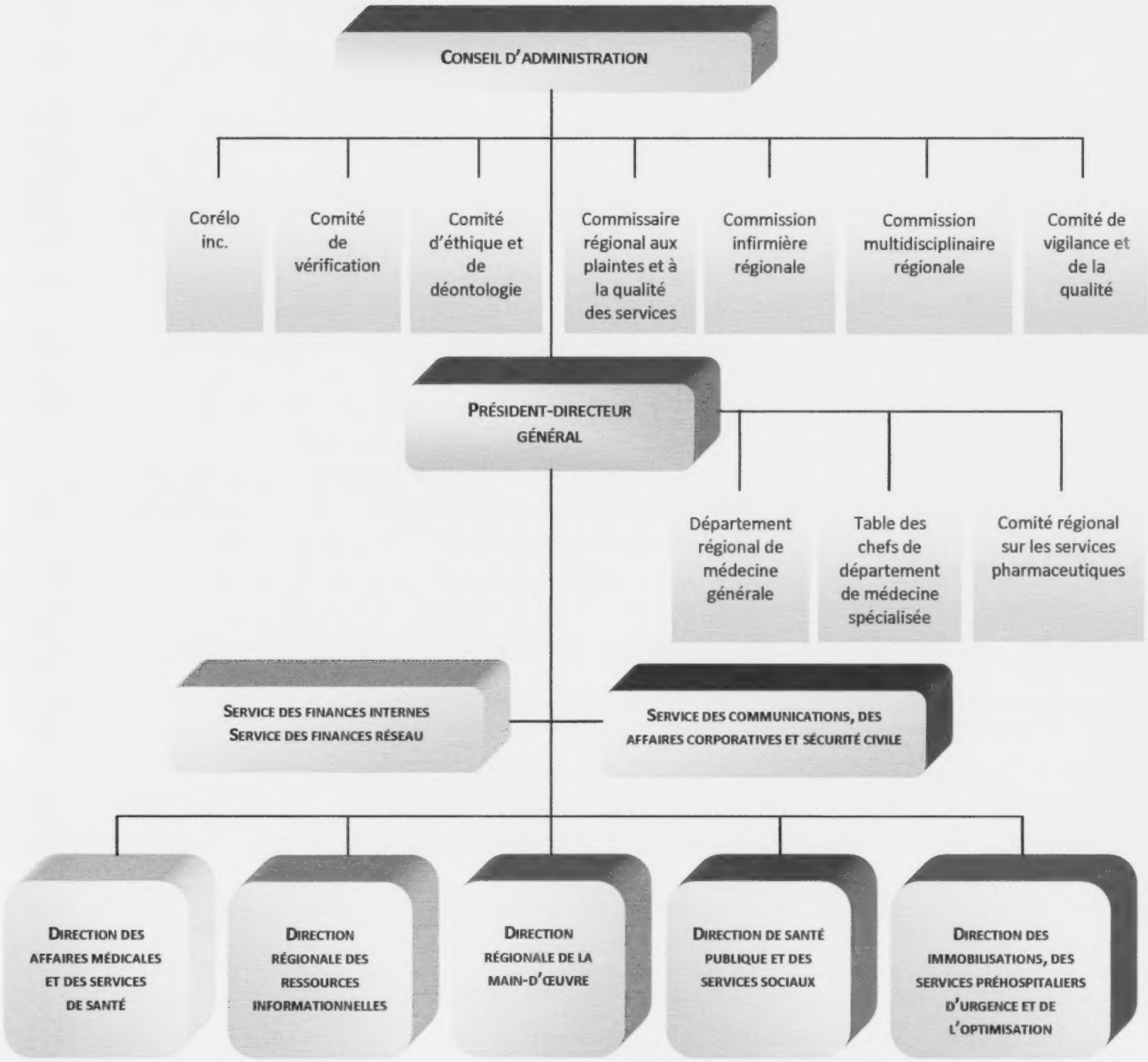
- Direction générale;
- Direction de santé publique et des services sociaux;
- Direction des affaires médicales et des services de santé;
- Direction des immobilisations, des services préhospitaliers d'urgence et de l'optimisation;
- Direction régionale de la main-d'œuvre;
- Direction régionale des ressources informationnelles.

Le tableau et la figure qui suivent reflètent la répartition des effectifs et le schéma organisationnel de l'Agence.

Tableau 7 - Répartition des effectifs de l'Agence

Effectifs de l'Agence au 31 mars 2012		Exercice courant	Exercice précédent
Employés cadres	Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	16,00	17,00
	Temps partiel (équivalents temps complet excluant les personnes en stabilité d'emploi)	-	0,40
	Nombre de cadres en stabilité d'emploi	-	-
Employés réguliers	Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	59,50	57,00
	Temps partiel (équivalents temps complet excluant les personnes en sécurité d'emploi)	3,00	3,00
	Nombre d'employés en sécurité d'emploi	-	-
Employés occasionnels	Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	30 498,76	20 964,78
	Équivalents temps complet	16,70	11,48

Figure 1 - Schéma organisationnel 2011-2012



LES ÉTABLISSEMENTS

La région compte neuf établissements dont sept CSSS intégrant les missions médicale, sociale et d'hébergement de longue durée. Les deux autres sont le CLSC Naskapi desservant la communauté de Kawawachikamach et le Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord (CPRCN) qui regroupe quatre missions.

MRC DE LA HAUTE-CÔTE-NORD

Le CSSS de la Haute-Côte-Nord a son siège social à Les Escoumins et dispense ses services à partir de trois pavillons situés à Les Bergeronnes, Les Escoumins et Forestville et d'un point de service à Sacré-Cœur. Il couvre le territoire qui s'étend de Tadoussac à Colombier, incluant la municipalité de Sacré-Coeur au nord et la communauté innue d'Essipit. Le CSSS dessert une population de 11 710 habitants.

MRC DE MANICOUAGAN

Le CSSS de Manicouagan, dont le centre administratif est à Baie-Comeau, compte des points de service à Chute-aux-Outardes et Baie-Trinité.

La MRC de Manicouagan regroupe 31 772 habitants. Ce territoire débute avec la communauté innue de Pessamit et s'étend jusqu'à la municipalité de Baie-Trinité. Baie-Comeau, avec ses 22 065 habitants, est la municipalité la plus populeuse de ce territoire administratif.

MRC DE SEPT-RIVIÈRES

La MRC de Sept-Rivières compte deux établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux à une population estimée à 35 359 personnes.

Le CSSS de Sept-Îles dessert 27 577 personnes. La ville de Sept-Îles représente la principale agglomération avec 26 080 résidents. Ce secteur compte également la communauté innue de Uashat-Maliotenam.

Le CSSS de Port-Cartier dessert une population de 7 782 personnes.

MRC DE CANIAPISCAU

La MRC de Caniapiscau comprend deux établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux à une population estimée à environ 4 000 personnes.

Le CSSS de l'Hématite, qui est situé à Fermont avec un point de service à Schefferville, dessert une population de 3 437 habitants. Le CLSC Naskapi, de juridiction provinciale, constitue le second établissement compris dans la MRC de Caniapiscau. Il offre ses services à la communauté naskapie de Kawawachikamach (607 habitants).

MRC DE LA MINGANIE

Le CSSS de la Minganie dessert une population de 6 349 personnes, dont la moitié vit à Havre-Saint-Pierre. En plus du siège social situé dans cette municipalité, l'établissement compte sept points de service sur un territoire de 310 km, dont un en milieu isolé (L'Île-d'Anticosti). Ce secteur comporte aussi deux communautés innues.

MRC DU GOLFE-DU-SAINT-LAURENT

Le CSSS de la Basse-Côte-Nord est situé à Blanc-Sablon. Au total, le CSSS dessert une population de 5 284 habitants. Le territoire de la Basse-Côte-Nord s'étend de Kegaska jusqu'aux frontières du Labrador et comprend deux communautés innues. Sur une distance de 400 km, la Basse-Côte-Nord est majoritairement constituée de villages isolés où on retrouve huit points de service du CSSS.

MISSION RÉGIONALE

Le CPRCN couvre l'ensemble de la population régionale avec ses services de réadaptation en déficience physique et intellectuelle, en dépendance ainsi qu'en protection de la jeunesse.

Son siège social est à Baie-Comeau et les services sont dispensés dans une trentaine de points de service, et ce, dans toutes les MRC de la Côte-Nord.

LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Au 1er juillet 2012, les autochtones comptent pour environ 13 % de la population nord-côtière. Ils se répartissent dans huit communautés innues et une communauté naskapie située à Kawawachikamach.

L'an dernier, l'Agence a embauché un professionnel, notamment responsable des liaisons avec les communautés autochtones.

Dans le dernier exercice financier, différents dossiers ont retenu l'attention de l'Agence dont celui de la maladie de Huntington. Nous avons également été interpellés relativement aux impacts du Plan Nord sur certaines communautés. Des liens de collaboration ont été établis avec différents partenaires, entre autres, quant à la mise en application de l'entente conclue avec les communautés innues et les établissements du réseau de la santé.

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), par le biais des volets mission globale et entente de service, nous permet de soutenir 101 organismes impliqués dans plusieurs secteurs d'activité concernant directement la santé et les services sociaux. Au total, cela représente un investissement de 10 258 957 $, et ce, excluant les subventions attribuées dans le cadre des projets ponctuels, de la formation, de la sécurité alimentaire et du Programme pour les personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA). Pour consentir à l'attribution de ces crédits, les organismes doivent respecter les normes édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ainsi que par le Cadre de reconnaissance et de financement en termes de reddition de comptes. Ainsi, l'Agence reçoit de chacun de ces organismes un rapport annuel faisant le bilan des activités réalisées et de leurs états financiers. La transmission des prévisions budgétaires équilibrées à chaque année favorise une saine gestion de ces organismes.

Tableau 8 - Financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires

Organisme	Subvention 2011-2012 ($)*	Subvention 2010-2011 ($)*	Catégorie
Action Autisme et T.E.D. Haute-Côte-Nord Manicouagan	27 021	26 388	Troubles envahissants du développement
Actions Sida Côte-Nord	64 878	63 357	VIH-SIDA
Ado-Cité – Maison des jeunes	38 992	38 078	Maisons de jeunes
Association de la fibromyalgie et de la fatigue chronique de Manicouagan et de la Haute-Côte-Nord inc.	15 225	14 868	Déficience physique
Association des handicapés adultes de la Côte-Nord inc.	24 280	23 711	Déficiences multiples
Association des jeunes de Fermont	21 607	21 101	Maisons de jeunes
Association des parents et amis du malade émotionnel Baie-Comeau inc. (APAME)	71 866	70 182	Santé mentale
Association des parents PANDA Manicouagan	21 257	20 759	Santé mentale
Association des personnes avec difficultés visuelles de Manicouagan	24 927	24 343	Déficience physique
Association des sourds de Baie-Comeau	6 546	6 393	Déficience physique
Association Fibromyalgie de Duplessis	15 617	15 251	Déficience physique
Association l'Envolée de la Côte-Nord	16 880	16 484	Santé mentale
Association nord-côtière de l'autisme et des troubles envahissants du développement (ANCATED)	27 023	26 390	Troubles envahissants du développement
Association parents et amis du malade émotionnel de l'Est de la Côte-Nord inc. (APAME)	77 575	75 757	Santé mentale
Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau inc.	29 994	29 291	Personnes âgées
Centre d'action bénévole de la Minganie	113 024	122 122	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole de Sept-Îles	132 548	105 534	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole Le Nordest	235 924	237 115	Maintien à domicile
Centre d'activités de la Haute-Côte inc.	60 421	59 005	Déficiences multiples
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) - région Côte-Nord	358 783	350 374	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
Centre de bénévolat de Port-Cartier inc.	176 603	178 367	Maintien à domicile
Centre de bénévolat Manicouagan inc.	152 237	155 526	Maintien à domicile
Centre de dépannage des Nord-Côtiers	2 248	44	Personnes démunies
Centre de femmes « l'Étincelle »	180 484	176 254	Centres de femmes
Centre des femmes de Forestville	180 477	176 247	Centres de femmes
Centre de prévention du suicide Côte-Nord	404 058	394 588	Santé mentale
Centre d'intervention Le Rond-Point	117 018	114 275	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances

Organisme	Subvention 2011-2012 ($)*	Subvention 2010-2011 ($)*	Catégorie
Centre femmes aux 4 Vents	180 476	176 246	Centres de femmes
Centre Le Volet des femmes	180 583	176 351	Centres de femmes
Club des Citoyens Seniors de Chevery	23 652	23 098	Personnes âgées
Club l'Étape Manicouagan	15 960	15 586	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Collectif de Sept-Îles pour la santé des femmes	65 832	64 289	Santé physique
Comité action jeunesse de Bergeronnes	33 312	32 531	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Sacré-Cœur	33 312	32 531	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Tadoussac	16 205	15 825	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse des Escoumins	33 312	32 531	Maisons de jeunes
Comité de bénévoles Bergeronnes	5 375	5 249	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Escoumins	5 375	5 249	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Sacré-Cœur	5 375	5 249	Maintien à domicile
Comité jeunesse de Sainte-Anne-de-Portneuf	32 528	31 766	Maisons de jeunes
Comptoir alimentaire de Sept-Îles	26 918	26 287	Personnes démunies
Comptoir alimentaire, L'Escale	26 918	26 287	Personnes démunies
CoNVERjaNCE Manicouagan	198 954	194 291	Organismes de justice alternative
Cuisine collective des écureuils de Baie-Comeau	2 625	2 563	Personnes démunies
Éki-Lib Santé Côte-Nord	33 987	33 190	Santé mentale
Espace Côte-Nord	117 586	114 830	Autres ressources jeunesse
Groupe Entre-Amis de Baie-Comeau	60 430	59 014	Déficiences multiples
Groupe nord-côtier de défense des droits en santé mentale	73 054	71 342	Santé mentale
Homme Aide Manicouagan	45 056	44 000	Autres ressources hommes
Hom'asculin Port-Cartier	48 760	47 617	Autres ressources hommes
Hommes Sept-Îles, Centre d'entraide pour hommes inc.	49 443	48 284	Autres ressources hommes
La Croisée, un organisme de justice alternative	243 698	237 986	Organismes de justice alternative
La Maison des femmes de Sept-Îles	622 059	608 268	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
La Maison des jeunes « La Boîte » de Ragueneau	31 161	30 431	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes de Port-Cartier	106 669	104 169	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes La Relève	119 991	107 882	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes Le Spoth de Chute-aux-Outardes	31 161	30 431	Maisons de jeunes
La Maison du Tonnerre	50 340	49 160	Maisons de jeunes
La popote roulante « Les Délices Maisons »	6 355	6 206	Personnes démunies
La Vallée des Roseaux	441 850	431 494	Santé physique
L'Alliance des femmes	180 479	176 249	Centres de femmes
L'Association canadienne pour la santé mentale Côte-Nord inc.	83 094	81 146	Santé mentale
L'Association des locataires de la résidence Père Méthot	1 146	1 119	Maintien à domicile
L'Association Épilepsie Côte-Nord inc.	12 384	21 222	Déficience physique
L'Âtre de Sept-Îles	307 804	300 590	Santé mentale
Le Comité de bénévoles de Tadoussac	5 430	5 303	Maintien à domicile
Le Créam	150 545	147 017	Santé mentale
Le Module d'épanouissement à la vie de Sept-Îles	32 407	31 647	Déficiences multiples
Le Pivot des Îles inc.	60 431	59 015	Déficiences multiples
Le Répit Daniel Potvin inc.	201 839	197 108	Déficiences multiples
L'Entre-Deux-Tournants	66 548	64 988	Maisons de jeunes
Les Amis du Rayon d'Or	38 561	37 657	Maintien à domicile
Les Girouettes de Chute-aux-Outardes	30 038	29 334	Déficiences multiples
Les Habitations communautaires Le Gîte inc.	31 958	31 209	Santé mentale
L'Espoir de Shelna	141 172	137 863	Déficiences multiples
Maison Anita LeBel	70 186	68 541	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison d'aide et d'hébergement de Fermont inc.	543 423	530 834	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison de transition Baie-Comeau inc.	188 452	184 035	Santé mentale
Maison des femmes de Baie-Comeau	633 974	620 063	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison des jeunes de Colombier	10 707	10 456	Maisons de jeunes
Maison des jeunes « La Source » Minganie	74 746	72 994	Maisons de jeunes
Maison des jeunes « Le S.Q.U.A.T. »	37 822	36 936	Maisons de jeunes

Organisme	Subvention 2011-2012 ($)*	Subvention 2010-2011 ($)*	Catégorie
Maison des jeunes de Longue-Rive	25 532	24 934	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Authentique	38 992	38 078	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Entretemps de Forestville	82 032	80 109	Maisons de jeunes
Maison jeunes Gros Mecatina	10 707	10 456	Maisons de jeunes
Maison l'Amie d'Elle inc.	655 247	640 796	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Module d'épanouissement à la vie de Havre-Saint-Pierre	15 763	15 394	Déficiences multiples
Module d'épanouissement à la vie Sacré-Cœur (secteur BEST)	17 020	16 621	Déficiences multiples
Nouveau Regard	6 390	6 240	Santé mentale
Point de rencontre inc.	205 573	200 755	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale Côte-Nord	13 093	12 788	Santé mentale
Répit Richelieu	196 768	192 156	Déficiences multiples
Ressource de réinsertion « Le Phare »	34 168	33 367	Santé mentale
Société Alzheimer de la Côte-Nord	73 566	71 842	Personnes âgées
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Côte-Nord	13 968	13 641	Déficience physique
Table de concertation des associations de personnes handicapées de la Côte-Nord	3 000	3 000	Concertation et consultation générale
Table régionale des organismes communautaires de la Côte-Nord	93 079	90 897	Concertation et consultation générale
Transit Sept-Îles	87 242	85 198	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Unité Domrémy de Baie-Comeau inc.	33 370	32 588	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Vers l'âge Senior inc.	184 476	166 969	Maintien à domicile
MONTANT VERSÉ AUX ORGANISMES	**10 258 957**	**10 013 192**	
NOMBRE TOTAL D'ORGANISMES SOUTENUS	**101**	**101**	

* Exclut les sommes versées dans le cadre de la sécurité alimentaire et du programme PAPA.

LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL

Au 31 mars 2012, le réseau nord-côtier de ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) se répartit comme suit :

Pour accueillir les jeunes de 18 ans et moins :

- 104 familles d'accueil avec 220 places*;
- Une ressource intermédiaire de deux places.

* Ces chiffres excluent les familles d'accueil autochtones.

Pour recevoir les adultes et les aînés :

- 48 résidences d'accueil dénombrant 203 places;
- 31 ressources intermédiaires disposant de 279 places.

Dans le but d'offrir des milieux de vie sécuritaires et de qualité, des responsables et du personnel des RI-RTF ont suivi, en 2011-2012, des formations en réanimation cardiorespiratoire (RCR) et secourisme. L'Agence a soutenu financièrement les ressources afin d'actualiser ces projets de formation qui ont été offerts par des organismes reconnus.

RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES

Neuf résidences ont été certifiées depuis 2008 et le processus de renouvellement de certification est amorcé pour certaines résidences. Une nouvelle résidence est en processus de certification. Deux autres ont procédé à des agrandissements dans la dernière année, ce qui porte à 470 le nombre d'unités d'hébergement dans la région.

LES RESSOURCES HUMAINES

DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Objectifs de résultats	5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles
	5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité
	5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

Indicateur		Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
3.08	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'oeuvre	100 %	100 %	100 %
3.05.01	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	8,36	7,75	8,53
3.05.02	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	4,86	4,38	5,01
3.06.01	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante infirmières	4,81	3,65	6,22
3.06.02	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante infirmières auxiliaires	3,48	1,43	6,92
3.06.03	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante préposés aux bénéficiaires	0,90	1,14	2,56
3.01	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	8,39	7,27	8,39

Commentaires
À l'exception de l'indicateur en lien avec la mise à jour du plan de main-d'œuvre, les cibles en ressources humaines n'ont pas été atteintes. Le ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées demeure supérieur à la cible visée (objectif 3.01). En conséquence, plusieurs établissements sont aux prises avec des difficultés majeures de recrutement, de sorte qu'ils ont recours à des agences privées et au temps supplémentaire pour éviter une rupture de services. Des travaux sont en cours dans le réseau pour renverser ces tendances. Plus spécifiquement, quatre chantiers au regard des ressources humaines du réseau sont entrepris. Ceux-ci concernent : ▪ La fidélisation, la présence et l'attraction de la main-d'œuvre en soins infirmiers; ▪ L'utilisation optimale des ressources humaines dans le domaine des soins infirmiers, dans le domaine social et dans celui de la réadaptation (main-d'œuvre technique et professionnelle); ▪ Une programmation pour assurer la relève et le soutien aux gestionnaires; ▪ L'optimisation des fonctions « ressources humaines » par la consolidation des services de base et à la mise en réseau des fonctions plus spécialisées.

DES ACTIONS COLLECTIVES POUR FAIRE FACE AUX ENJEUX DE LA MAIN-D'OEUVRE

Depuis quelques années, les équipes œuvrant dans le secteur des ressources humaines travaillent à documenter la problématique de la main-d'œuvre. Les données des dernières années démontrent que la situation a tendance à se détériorer. Les indicateurs relatifs à la main-d'œuvre indépendante et au temps supplémentaire démontrent clairement la nécessité d'agir au regard de la présence au travail, étant donné la croissance de l'absentéisme et du recours à l'assurance salaire. De plus, la région maintient des taux de roulement relativement élevés, des taux de rétention relativement bas chez les salariés ayant moins de deux ans d'ancienneté et, pour plusieurs titres d'emploi, des taux de précarité élevés.

Pour faire face à la situation, l'Agence a mis sur pied des mécanismes de concertation avec les responsables des ressources humaines des établissements de la région. Ainsi, il a été décidé de se doter d'un tableau de bord de gestion présentant les principaux indicateurs qui permettent d'expliquer et de comprendre les problèmes de main-d'œuvre. Les données obtenues sont utilisées dans la recherche de solutions par les gestionnaires en charge des équipes de travail dans les établissements et s'ajoutent aux efforts de fidélisation, de présence et d'attraction de la main-d'œuvre.

FORMATION DU PERSONNEL DU RÉSEAU

Plus de 300 intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de la région ont pris part aux activités de formation, d'information et de promotion offertes sur l'ensemble du territoire nord-côtier.

Une vingtaine de sessions différentes ont été tenues dans des domaines aussi variés que la sexualité et les drogues chez les jeunes en difficulté, la sécurité des travailleurs, les maladies infectieuses, la maltraitance chez les aînés, la vaccination, le marketing social et l'approche Lean.

Le personnel des établissements, ainsi que des employés et bénévoles des organismes communautaires ont également profité de ces activités de formation. Tous ces projets ont requis près de 125 000 $ d'investissements du service de développement des ressources humaines-réseau.

Les agences de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, du Bas-Saint-Laurent, de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Côte-Nord ont collaboré étroitement à la mise sur pied d'un programme de formation pour les aides techniques en pharmacie. Ce programme, élaboré par le Cégep de Rivière-du-Loup, a été adapté aux besoins du milieu. Il est offert à distance au personnel des établissements de la région depuis mai 2011.

L'Agence a maintenu son appui à la Corporation des services universitaires du secteur ouest de la Côte-Nord pour qu'elle conclue des ententes de service avec des universités dans le but d'offrir des formations répondant aux besoins du réseau. Ainsi, un partenariat entre l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) et les employeurs de la région a permis le démarrage d'un nouveau programme de baccalauréat en sciences infirmières qui a débuté à l'automne 2011 à Baie-Comeau et qui s'ajoute au programme de baccalauréat en travail social déjà offert.

FORMATION POUR LE PERSONNEL D'ENCADREMENT

Les nombreux changements survenus au cours des dernières années dans le réseau de la santé et des services sociaux, jumelés à une pénurie de personnel d'encadrement, ont justifié le développement d'une formation continue spécifique aux besoins des cadres. L'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) a élaboré un programme de formation à leur intention, qui a été suivi par 25 personnes, réparties en deux cohortes (Baie-Comeau et Sept-Îles), entre 2009 et 2011. Les retombées de cette formation sont très positives puisqu'elle a permis d'améliorer la préparation des cadres, en plus d'accroître leurs connaissances et leurs compétences.

LES RESSOURCES ET LA SÉCURITÉ DES ACTIFS INFORMATIONNELS

La Direction régionale des ressources informationnelles (DRRI) a pour mission de supporter et mettre en place des systèmes d'information permettant de soutenir au quotidien les pratiques cliniques, la prise de décision et la gestion sur les plans stratégique, tactique et opérationnel, dans une optique de continuum de soins et de services à la clientèle, de consolidation des projets cliniques et de soutien aux réseaux locaux de services, tout en optimisant nos ressources et nos investissements.

Outre la concrétisation de la DRRI et le regroupement de toutes les ressources informatiques de la Côte-Nord sous une même direction en 2011-2012, plusieurs travaux d'optimisation ont été réalisés :

- Guichet unique et Centre de services de première ligne : Ce nouveau système de gestion et de suivi des demandes de service et de changement est en opération depuis février 2012. Accessible à l'ensemble des utilisateurs de la région par le biais d'un outil Web ou par téléphone, ce système permet d'extraire des données statistiques sur les requêtes par établissement et de contrôler la qualité et le respect des niveaux de service. Le Centre de services régional reçoit plus de 2 000 requêtes mensuellement.
- Sécurité des actifs informationnels : Avec la mise en place d'une direction régionale, les mesures de sécurité peuvent ainsi être appliquées de façon uniforme dans tout le réseau. La nomination d'un officier de sécurité régional, prévue en juin 2012, viendra assurer le respect et l'application des mesures de sécurité ainsi que la légitimité d'effectuer des audits de sécurité. En 2011-2012, aucun incident de sécurité majeur n'est survenu dans les établissements et l'Agence.

- Bureau des projets et Infocentre : Continuité du plan d'affaires régional pour la téléphonie IP dans les établissements, planification du rehaussement des systèmes de téléphonie dans les sites critiques avec le MSSS, analyse des besoins en rehaussement des réseaux locaux afin de supporter la téléphonie et le réseau sans fil, analyse de faisabilité d'un projet d'optimisation de la gestion documentaire, support aux projets d'intranet et de sites Web ainsi que l'appropriation de l'outil de collaboration SharePoint pour un déploiement prévu à l'automne 2012, font partie des projets débutés l'an dernier qui se poursuivront cette année.
- Gestion de l'enveloppe de maintien des actifs et du parc informatique de l'ensemble des établissements de la région : Ce financement permet le remplacement des postes de travail aux cinq ans. Lorsque ce principe est respecté, les sommes restantes peuvent être utilisées pour le remplacement des serveurs et des équipements de télécommunication. Plus de 390 postes de travail désuets ont été remplacés au cours de l'année, ainsi que plusieurs commutateurs réseau et serveurs.
- Centres de traitement de Baie-Comeau et Sept-Îles : Réalisation des plans et devis, par la firme DESSAU, pour l'aménagement des deux centres de traitement, afin de les rendre conformes aux exigences ministérielles. Les travaux devraient se réaliser au cours de l'année 2012-2013.

LA SÉCURITÉ CIVILE - MISSION SANTÉ

Quelques événements ont nécessité le déploiement des mesures d'urgence l'an dernier à l'Agence et dans certains établissements, notamment à la suite de l'ouragan Irène qui a entraîné des ruptures sur la route 138 et forcé la mise en place de mesures exceptionnelles pour répondre aux urgences médicales. Ces situations démontrent l'importance de poursuivre le développement d'une culture de sécurité civile dans le réseau de la santé et des services sociaux, une culture reposant sur une planification et une bonne préparation des interventions en cas de sinistre majeur.

Deux projets majeurs ont été réalisés par le service de sécurité civile l'an dernier, soit la rédaction d'un plan de mesures d'urgence interne à l'Agence en collaboration avec le Service des finances internes et des ressources matérielles ainsi qu'un projet de gestion des risques industriels majeurs. Ce projet vise à mieux outiller le réseau de la santé à faire face aux catastrophes qui pourraient survenir dans la région. Il demeure à compléter en 2012 et à diffuser aux partenaires ainsi qu'aux établissements.

D'autres projets ont été réalisés, notamment la mise à jour de la trousse de garde en sécurité civile, le renouvellement de certaines ententes avec les municipalités sur les unités de rassemblement de blessés ainsi que la relance du déploiement de la formation psychosociale. Déjà offerte en 2010-2011, l'Agence souhaite former à nouveau les intervenants des CSSS appelés à agir en cas de sinistre dans le volet psychosocial. Pour réaliser ce mandat, des intervenants terrain ont été formés dans la région et pourront transmettre leurs connaissances à leurs pairs dès l'an prochain.

LES COMMUNICATIONS

L'Agence s'assure, sur une base régulière, de transmettre de l'information à la population, au réseau régional de la santé et des services sociaux ainsi qu'à ses différents partenaires. Le Service des communications répond aux demandes des médias et facilite l'accès à l'information avec un souci constant de transparence. En 2011-2012, 60 entrevues ont été accordées aux journalistes sur divers sujets d'actualité. Des conférences de presse et des communiqués ont également permis d'informer le public.

Parmi les activités qui ont mobilisé le Service des communications, voici les principales réalisations :

- En octobre 2011, une conférence de presse a été organisée pour le lancement d'un projet pilote d'accompagnement des communautés face aux risques côtiers. Le Service des communications a aussi collaboré à la réalisation d'un bulletin d'information dans le cadre du projet.
- Au cours de l'automne 2011, une campagne d'information à l'intention de la population a été diffusée au sujet des impacts possibles sur la santé d'éventuels projets de mines d'uranium. Les effets de la radioactivité sur le corps humain, le radon domiciliaire et le cadre légal sont au nombre des thèmes qui ont été abordés. Cette campagne se poursuivra à l'automne 2012.
- Une vaste campagne publicitaire a été réalisée en mars 2012 en raison de la présence d'animaux porteurs de la rage dans la MRC de Caniapiscau. Des messages de prévention ont ainsi été diffusés dans les journaux, à la radio et les entreprises ont été sensibilisées.
- Une analyse de la couverture de presse de l'Agence et des établissements a été effectuée afin de mesurer la présence dans les médias du réseau régional et la représentativité des porte-paroles, d'identifier les principaux thèmes abordés et d'évaluer le traitement accordé par les différents médias présents dans la région.
- Le Service des communications a produit et diffusé trois numéros des « Échos du conseil » aux partenaires de l'Agence, de même qu'aux médias pour informer la population des décisions prises par le conseil d'administration.
- En 2011-2012, des dizaines d'outils promotionnels, en provenance du MSSS ou produits par l'Agence, ont été diffusés, dans le réseau et parmi la population, sur divers sujets, tels que la vaccination, la santé au travail, le tabagisme et les Prix d'excellence du réseau.

LE PLAN NORD

Le Plan Nord constitue un défi pour le réseau de la santé et des services sociaux en lien à la démographie des communautés concernées et leur mode de vie. Il est difficile pour le moment d'établir avec précision l'impact qu'aura ce développement sur les populations touchées par cette croissance. Le déploiement des activités économiques liées au Plan Nord aura pour effet d'accroître le nombre de travailleurs et de familles résidant dans certaines des communautés situées sur ce territoire où à proximité de celui-ci.

En ce sens, le territoire de la Côte-Nord présente certaines zones de vulnérabilité qui nécessitent une consolidation des services. La croissance démographique rapide des communautés ainsi que la transformation de leur mode de vie exerceront une pression accrue sur les services de santé et les services sociaux qui y sont offerts. Il importe d'identifier les indicateurs de suivi qui guideront les travaux dans la mise en place d'actions ciblées permettant d'adapter de façon conséquente l'offre de service.

Le Plan Nord touche cinq régions sociosanitaires du Québec : La Côte-Nord, le Nord-du-Québec, l'Abitibi-Témiscamingue, le Nunavik et le Saguenay-Lac-Saint-Jean.

La région de la Côte-Nord apparaît comme la première affectée par le déploiement du Plan Nord. Préparer notre région à faire face aux développements anticipés requiert plusieurs étapes :

- Consolider les services existants;
- Consolider les infrastructures au regard des immobilisations afin de répondre aux besoins;
- Préparer le réseau à la croissance démographique;
- Consolider le réseau intégré de télécommunications multimédia (RITM).

À ce jour, certaines actions structurantes ont été réalisées :

- Visite ministérielle effectuée en juillet 2011 à Fermont et Baie-Comeau (rencontre avec l'Agence et les directions générales des CSSS de Sept-Îles, de Port-Cartier, de l'Hématite et du CPRCN avec les représentants du ministère des Ressources naturelles et de la Faune (MRNF) et du ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT));
- Création d'une table régionale réunissant différents ministères touchés par cette problématique (démarche initiée par le MAMROT);
- Évaluation des impacts sur le réseau de la santé et mise sur pied d'un comité réunissant les directeurs généraux des CSSS du secteur est pour suivre les effets du Plan Nord sur les services.

CHAPITRE II

LES SERVICES À LA POPULATION

L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit la signature d'ententes de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et les agences de santé et des services sociaux afin de répondre aux objectifs de gestion par résultats et de reddition de comptes prescrits par la Loi sur l'administration publique.

L'entente de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et l'Agence vient soutenir cette dernière dans l'exercice de son rôle principal qui consiste à assurer l'accès et la qualité des services de santé et des services sociaux à toute la population nord-côtière. L'entente permet également d'améliorer l'offre de service à la population par une utilisation optimale des ressources mises à la disposition de la région de la Côte-Nord.

Les cibles de l'entente de gestion et d'imputabilité ont été définies en tenant compte des objectifs ministériels et de leur traduction aux plans régional et local, des budgets régionaux, de projets d'optimisation ainsi que des réalités nord-côtières dans l'organisation des services.

SUIVI DE GESTION ET REDDITION DE COMPTES

La reddition de comptes exigée par le biais des ententes de gestion et d'imputabilité implique un suivi d'indicateurs qui témoignent, à terme, de l'atteinte ou non des objectifs. Les résultats obtenus pour chacun des objectifs de l'entente de gestion régionale se retrouvent aux pages suivantes pour chacun des programmes.

Pour l'année 2011-2012, les résultats obtenus dépassent en moyenne les objectifs fixés dans l'entente de gestion. Voici les grands constats régionaux :

- La majorité des mesures d'optimisation ciblées dans l'entente de gestion 2011-2012 sont réalisées ou en voie de l'être. Plus spécifiquement, plusieurs projets liés aux technologies de l'information sont terminés ou le seront prochainement. En ce qui a trait aux mesures ciblant la main-d'œuvre, les chantiers récemment démarrés devraient permettre de réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante et au temps supplémentaire, qui découlent des difficultés de recrutement et de rétention du personnel.
- En ce qui concerne les mesures d'accessibilité aux services, des guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille sont déployés et le mécanisme d'accès aux services spécialisés de chirurgie est pleinement fonctionnel. Plusieurs autres travaux sont entrepris afin de consolider l'organisation des services, notamment pour les services diagnostiques (endoscopie, imagerie et laboratoire) ainsi qu'en santé mentale. L'offre régionale des services diagnostiques et de santé mentale fait actuellement l'objet d'une révision selon deux pôles de services, afin de diminuer l'impact de la pénurie de main-d'œuvre vécue dans plusieurs champs d'activités professionnelles, ce qui a pour effet de se refléter négativement sur les cibles fixées à l'entente de gestion et d'imputabilité.
- À l'inverse, les cibles en lien avec l'accès aux services spécialisés en chirurgie, selon les délais prescrits, ont été atteintes. L'arrivée de nouveaux médecins spécialistes (chirurgie générale et anesthésiologie) a favorisé ce résultat positif.
- L'atteinte des cibles sur la durée de séjour à l'urgence demeure difficile bien qu'une amélioration est observée sur les trois indicateurs de l'entente de gestion et d'imputabilité. Les travaux entrepris régionalement en lien avec la main-d'œuvre et les ressources d'hébergement diversifiées pour diverses clientèles devraient avoir un effet positif sur les résultats.

- L'optimisation des services de soutien à domicile de longue durée progresse également, même si la cible fixée pour l'année 2011-2012 n'a pas été atteinte. En fait, une hausse des services professionnels et d'aide à domicile directement offerts par les CSSS est observée depuis deux ans. La difficulté se situe principalement à l'achat limité de services auprès du programme du chèque emploi-service. Un plan d'action a été mis en œuvre cette année et devrait produire des résultats.
- La région affiche de bons résultats au regard des demandes traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ainsi qu'un trouble envahissant du développement.
- Au chapitre de la prévention dans le continuum de services, des actions structurantes ont été privilégiées afin d'accroître le degré d'implantation du Programme national de santé publique (PNSP) et les pratiques cliniques préventives. À l'heure actuelle, la Côte-Nord affiche un retard dans la réalisation de ces activités par rapport aux autres régions du Québec. En ce qui a trait à l'objectif d'augmenter le nombre de femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), le résultat est demeuré le même par rapport à l'année précédente, la cible n'ayant pas été atteinte. L'offre de service à cet égard fera l'objet d'une attention particulière d'autant plus qu'elle vise une clientèle vulnérable.
- Concernant les infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale, les taux ont été maintenus dans des proportions inférieures aux seuils établis.
- L'entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 soulignait la forte volonté de poursuivre l'identification et la réalisation d'initiatives d'intégration et de hiérarchisation de services cliniques et administratifs autour des deux pôles de services spécialisés (Baie-Comeau et Sept-Îles). Dans cette perspective, les collaborations par pôle de services se sont poursuivies, afin de dégager des marges de manœuvre pour une amélioration continue des services de proximité. À ce chapitre, les travaux en lien avec l'optimisation du transport électif et médical dans le secteur est, la mise en place d'un bureau de santé dans le pôle est ainsi que la nouvelle Direction régionale des ressources informationnelles sont des exemples concrets de cette concertation et collaboration entre les partenaires de la région.

L'OPTIMISATION

En décembre 2011, le ministre de la Santé et des Services sociaux, docteur Yves Bolduc, présentait son plan de réduction des dépenses en conviant l'ensemble des dirigeants à diminuer de façon significative les coûts administratifs dans le réseau de la santé et des services sociaux, tout en maintenant l'accessibilité et la qualité des soins offerts à la population. Ce plan s'inscrit dans le contexte actuel où le gouvernement s'est engagé à faire l'effort d'atteindre l'objectif de retour à l'équilibre budgétaire. Cette démarche sous-tend l'importance de développer une culture de qualité et d'amélioration continue dans le but d'assurer le plein potentiel de développement du réseau sociosanitaire.

Des mesures structurantes ont été mises en place afin de s'assurer du suivi de certains projets sur une base nationale. À cet égard, 22 projets ont été retenus et font l'objet d'un suivi régulier de la part des directions concernées au MSSS.

Certaines mesures touchent l'organisation optimale des services, d'autres visent une réduction des dépenses. On y retrouve quatre grandes familles de projets :

- Organisation des services;
- Ressources humaines;
- Ressources informationnelles;
- Mesures administratives.

La région a obtenu un financement non récurrent de 170 000 $ afin de soutenir des démarches d'optimisation touchant les ressources informationnelles et l'organisation des services.

Au plan régional, plusieurs projets d'optimisation ont été planifiés et réalisés par les établissements, ce qui a permis à la région de réaliser un surplus global de près de 1,7 million de dollars.

MESURES D'OPTIMISATION

Fiche de reddition de comptes 2011-2012		
Sujet	**Action régionale**	**État d'avancement au 31 mars 2012**
La téléphonie IP	Élaborer le plan d'affaires, coordonner la migration, assurer la mise en œuvre et identifier les bénéfices régionaux. Région ciblée par le MSSS pour la mise en place d'un projet pilote. En attente de la politique-cadre du MSSS.	Le plan d'affaires régional d'optimisation en téléphonie est en cours d'élaboration et est complété à 70 %. La fin des travaux est prévue pour le début du mois de juin 2012. Les travaux d'analyse des sites critiques ainsi que l'étude MAREVA sont complétés.
La téléphonie cellulaire	Assurer la mise en œuvre de la politique-cadre, établir les besoins de la région, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices. En attente de la politique-cadre du MSSS.	La démarche de transfert des contrats vers Bell est complétée à 90 %, et ce, en fonction de l'entente négociée par la Corporation de services regroupés de l'Estrie.
La visioconférence	Coordonner la migration régionale, assurer la mise en œuvre, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices. Collaborer avec le MSSS à la migration des stations de visioconférence.	En attente du MSSS quant à la prise en charge régionale des responsabilités en matière de visioconférence. Mise à niveau des logiciels et des équipements de la région terminée.
Le courrier électronique	Élaborer le plan de migration, gérer le projet, assurer la fermeture des infrastructures actuelles, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices. Arrimage à faire selon l'avancement des travaux nationaux.	La consolidation suprarégionale de Lotus Notes au Bas-Saint-Laurent est complétée à 80 %.
La gestion du parc des postes de travail	Élaborer le plan triennal, gérer le projet, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices. Dépôt au 1er décembre 2011 d'un plan triennal de mise en œuvre.	La régionalisation de la gestion à la DRRI est complétée. L'élaboration du plan triennal est complétée.

Sujet	Action régionale	État d'avancement au 31 mars 2012
Le regroupement des centres de traitement de données	Élaborer le plan régional de regroupement, gérer le projet, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices. Dépôt au 1er décembre 2011 d'un plan régional de regroupement des centres de traitement.	Le choix des professionnels pour le projet de construction est complété. L'étude de faisabilité est complétée à 50 % pour le centre de traitement du secteur ouest. L'étude de faisabilité pour le centre de traitement du secteur est devrait débuter au courant du printemps 2012.
Les services Info-Santé 811	Collaboration à la transformation. Présenter le plan de gestion des ressources humaines selon les orientations retenues par le MSSS.	Voir fiche de reddition de comptes à la page 32.
L'énergie	Collaborer à l'élaboration et à la mise en place du plan d'action du Ministère. Préparer des plans d'action régionaux au regard de l'efficacité énergétique et des gaz à effet de serre.	Trois projets d'économie d'énergie sont en cours dans la région : CSSS de la Basse-Côte-Nord, CSSS de Sept-Îles et CSSS de Manicouagan. Aucune économie réelle n'était prévue pour l'année 2011-2012.
L'approvisionnement en commun	Restructuration des services d'achat en commun sur une base régionale.	Restructuration des services d'achat en commun sur une base suprarégionale.
La clientèle soutien à domicile (PALV/DP/DI/TED)	Élaboration en cours du plan d'optimisation – soutien à domicile (SAD).	Voir fiche de reddition de comptes à la page suivante.
La réduction de la main-d'œuvre indépendante	Production d'un état de situation par pôle de services.	Voir fiche de reddition de comptes à la page 17.
La réduction du temps supplémentaire	Mise en place d'un plan d'action par pôle de services (secteur est et secteur ouest).	
La gestion de la présence au travail	Soutien aux établissements en difficulté.	
La rationalisation et la mise en commun de processus administratifs		Collaboration aux orientations nationales.

SOUTIEN À DOMICILE

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Objectifs de résultats	2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants

Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.03.05 Nombre total d'heures de services de soutien à domicile rendus par les différents modes de dispensation de services (CSSS)	175 969 heures	177 266 heures	164 668 heures

Commentaires

D'ici 2015, toutes les régions du Québec devront augmenter de 10 % le nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée, à même les ressources matérielles et humaines disponibles. L'atteinte de cette cible d'optimisation requiert des actions permettant d'augmenter la productivité et c'est pourquoi un plan d'action régional a été déposé au MSSS.

Au chapitre des résultats, on constate une diminution de 6,4 % du nombre total d'heures de services rendus par rapport à l'année dernière. Le degré d'atteinte de la cible régionale pour l'année 2011-2012 se chiffre donc à 93 %.

Il importe toutefois d'apprécier ce résultat selon ses principales composantes. En ce qui a trait aux services professionnels et services d'aide à domicile directement offerts par les CSSS, une hausse d'un peu plus de 5 400 heures est observée depuis deux ans, soit une augmentation de 10,5 %.

En revanche, des difficultés reliées à la pénurie de main-d'œuvre ont limité l'achat de services auprès du programme du chèque emploi-service de sorte qu'une diminution de 12 % est enregistrée.

Ces constats renforcent donc la pertinence d'actualiser les mesures prévues au plan d'action afin d'accroître la productivité selon les diverses composantes du programme. Les audits prévus au début du cycle de gestion 2012-2013 afin d'optimiser l'offre de service au sein des établissements, tout comme le défi de la pénurie de main-d'œuvre au niveau du chèque emploi-service, en sont des exemples.

LES SERVICES GÉNÉRAUX

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

Fiche de reddition de comptes 2011-2012		
Sujet	**Action régionale**	**État d'avancement au 31 mars 2012**
L'inscription aux guichets d'accès	Mise en place des guichets d'accès, diffusion des coordonnées et inscription de toutes les clientèles.	Six guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille sont opérationnels dans la région. Les CSSS de la Haute-Côte-Nord, de Manicouagan, de Port-Cartier, de l'Hématite, de Sept-Îles et de la Minganie ont diffusé les coordonnées et ont inscrit toutes les clientèles.
Le déploiement des GMF	Leadership exercé par les CSSS.	Voir fiche de reddition de comptes à la page 40.
La durée moyenne de séjour à l'urgence	L'Agence fixe la cible et convient d'une stratégie d'action.	Voir fiche de reddition de comptes à la page 35.
L'accès aux services spécialisés de chirurgie	Stratégie et/ou plan d'action pour atteindre les objectifs : ▪ Patients opérés < 6 mois; ▪ Patients en attente < 12 mois.	Voir fiche de reddition de comptes à la page 39.
L'accès aux services d'endoscopie	Révision des processus et implantation de zone(s) franche(s). Mise en place de centrale(s) de rendez-vous, 2e offre au patient. Révision des processus et implantation de zone(s) franche(s) à explorer. Mise en place de centrale(s) de rendez-vous, 2e offre au patient : des corridors de services sont à explorer.	Dépôt d'un état de situation régional sur l'attente des services d'endoscopie.
L'accès aux services d'imagerie	Révision des processus et implantation de zone(s) franche(s). Mise en place de centrale(s) de rendez-vous. Révision des processus et implantation de zone(s) franche(s) à explorer. Mise en place de centrale(s) de rendez-vous.	Dépôt d'un état de situation régional sur l'attente des services d'imagerie.
L'accès au continuum de services AVC	Participer à la désignation des centres tertiaires d'AVC (la désignation de centre tertiaire ne s'applique pas pour la Côte-Nord). Participer à la mise en place des corridors de services.	Le centre tertiaire identifié pour le territoire du RUIS de l'Université Laval est le Centre hospitalier affilié - Hôpital de l'Enfant-Jésus. L'organisation des services au plan régional est en cours de réalisation.

Sujet	Action régionale	État d'avancement au 31 mars 2012
L'accès au continuum de services de cardiologie	Participer à la définition et à la mise en place de corridors de services.	Élaboration d'un cadre de référence concernant la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST). L'organisation des services au plan régional est en cours de réalisation.
L'accès au continuum de services pour la douleur chronique	Soutien à l'organisation de services et participer à la définition et à la mise en place des corridors de services.	Dépôt d'un projet pilote sur les services pour la douleur chronique. Processus en cours pour la désignation d'un centre secondaire régional.
La configuration des services médicaux	Collaboration et dépôt du PREM en spécialité 2012-2015.	Dépôt du plan de déploiement des effectifs médicaux.
Les laboratoires	Participation au programme provincial Optilab (optimisation des laboratoires) : début novembre 2011.	Réalisation du plan d'action régional pour le programme Optilab.
La traumatologie	Soutenir l'évolution du processus d'optimisation. Participer à l'implantation des orientations qui en découlent. Mettre à jour le Plan directeur en traumatologie pour la Côte-Nord et mettre en œuvre le plan d'action régional.	Participation des établissements de la région au réseau québécois de traumatologie. Dépôt du Plan directeur de traumatologie comprenant le plan d'action 2011-2015.
L'accès aux services de santé mentale à la population	Niveau d'atteinte du plan d'optimisation. Dépôt du plan visant l'accessibilité, la hiérarchisation et la mise en place de corridors de services (MSSS).	Poursuite des travaux pour développer et consolider l'offre régionale des services spécialisés en santé mentale selon les deux pôles de services.
L'accès aux services de psychiatrie légale	Appui à la mise en place du réseau hiérarchisé (MSSS).	Collaboration à la mise en place du réseau hiérarchisé.

LIGNE INFO-SANTÉ/INFO-SOCIAL

INFO-SANTÉ

Le service Info-Santé permet de joindre un professionnel de la santé en cas de problème non urgent en composant le 811. Ce service de consultation professionnelle téléphonique, accessible 24 heures par jour, sept jours par semaine, constitue une composante majeure de l'organisation des services de première ligne. Il permet de répondre à certaines questions courantes de santé ou de diriger la personne vers la bonne ressource dans le réseau. Il s'inscrit en complémentarité aux services des CSSS et des GMF qui assurent, pour leur part, la prise en charge du patient au-delà d'un problème ponctuel.

En 2011-2012, les infirmières du service Info-Santé ont reçu 48 751 appels par rapport à 46 802 l'année précédente. Plus de 80 % des appels ont été répondus en moins de quatre minutes.

INFO-SOCIAL

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Objectifs de résultats	2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, sept jours par semaine

Indicateur		Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.02.05	Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	Service disponible	Service disponible	Service disponible
1.02.04	Pourcentage des appels de service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	86,8 %	90,0 %	91,6 %

Commentaires
Indicateur 1.02.05 La Côte-Nord offre un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux depuis une dizaine d'années. **Indicateur 1.02.04** On observe une amélioration du nombre d'appels de service de consultation téléphonique répondus dans un délai de quatre minutes ou moins. D'ailleurs, la cible a été atteinte en 2011-2012.

EFFECTIFS MÉDICAUX

Le PREM autorise 135 médecins de famille et 99 médecins spécialistes à pratiquer au sein des établissements nord-côtiers.

Au 31 mars 2012, 109 médecins de famille et 60 médecins spécialistes étaient en fonction dans les centres de santé. Comparativement à l'année précédente, il s'agit d'un ajout net de cinq médecins de famille et de sept spécialistes.

L'objectif de croissance, pour l'année 2011, au PREM en médecine familiale, était fixé à quinze nouveaux médecins. Au cours de l'année 2011-2012, douze médecins de famille ont obtenu un avis de conformité dans la région.

En octobre 2011, le MSSS annonçait les PREM 2012-2015 en spécialité. L'annonce faisait suite aux travaux réalisés par la région dans le cadre de la planification quinquennale des PREM en spécialité. La majorité des rehaussements demandés par la Côte-Nord, lors de ces travaux, a été accordée par le MSSS.

Tableau 9 - Résumé des rehaussements octroyés à la région PREM 2012-2015 en spécialité

CSSS de Manicouagan	CSSS de Sept-Îles
✖ Dermatologie : ajout d'un poste ✖ Gériatrie : ajout d'un poste ✖ Médecine interne : ajout d'un poste ✖ Pédiatrie générale : ajout d'un poste ✖ Pédopsychiatrie : ajout d'un poste	✖ Gériatrie : ajout d'un poste ✖ Obstétrique-gynécologie : ajout d'un poste ✖ Pédiatrie générale : ajout d'un poste ✖ Pneumologie : ajout d'un poste ✖ Psychiatrie adulte : ajout d'un poste
Enveloppe régionale	
✖ Chirurgie plastique : ajout d'un poste ✖ Néphrologie : ajout d'un poste	

Même si la situation s'est grandement améliorée, certains établissements de la région doivent parfois recourir au mécanisme de dépannage afin d'assurer l'accessibilité aux services médicaux de base. Des CSSS ont parfois été contraints de mettre en place un plan de contingence, puisque leur niveau de service ne pouvait être maintenu.

Afin d'accompagner les établissements de la région dans leur démarche de recrutement médical, en médecine familiale et en spécialité, une révision des primes d'installation et de maintien octroyées aux médecins qui débutent leur pratique dans la région a été réalisée. Cette révision a pour objectif de contrer la pénurie d'effectifs médicaux qui perdure, au sein de certains établissements nord-côtiers, en favorisant la rétention des effectifs en place et en incitant les médecins à s'installer dans la région.

Tableau 10 - Évolution des effectifs médicaux

Établissement	Médecine familiale				Médecine spécialisée			
	Effectif autorisé	Médecin en poste au 31 mars			Effectif autorisé	Médecin en poste au 31 mars		
	Plan 2010	2010	2011	2012	Plan 2012	2010	2011	2012
CSSS de la Haute-Côte-Nord								
✖ Pavillon Les Escoumins	11	8	8	9				
✖ Pavillon Forestville	9	4	5	5				
CSSS de Manicouagan								
✖ Volet hospitalier	35	25	26	29	45	17	19	22
✖ Volet CLSC	3	1	2	2				
CSSS de Port-Cartier	11	5	6	7				
CSSS de Sept-Îles								
✖ Volet hospitalier	32	23	22	22	49	34	34	38
✖ Volet CLSC	2	1	1	1				
CSSS de la Minganie	12	9	12	12				
CSSS de la Basse-Côte-Nord	10	12	10	12				
CSSS de l'Hématite	7	8	8	6				
CLSC Naskapi	3	4	4	4				
TOTAL	**135**	**100***	**104***	**109***	**99****	**51**	**53**	**60**

* De ce nombre, certains médecins sont à demi-temps, mais doivent être comptabilisés comme un effectif.

** Ce chiffre inclut quatre spécialités dont la répartition des postes demeure à établir, soit la gastro-entérologie (1), la néphrologie (2), la rhumatologie (1) et la chirurgie plastique (1).

Au CSSS de Manicouagan, la situation s'est améliorée en médecine familiale avec un pourcentage d'atteinte du plan d'effectifs médicaux (PEM) à 82 %. En médecine spécialisée, la situation demeure difficile, mais elle s'est légèrement améliorée avec un PEM atteint à 57 %.

Au CSSS de Sept-Îles, la situation des effectifs médicaux s'est maintenue en médecine familiale et en spécialité. Le PEM atteint 68 % en médecine familiale et demeure stable à 78 % en médecine spécialisée.

Les PEM en médecine familiale demeurent complets au CSSS de la Minganie, au CSSS de la Basse-Côte-Nord et au CLSC Naskapi. Avec l'arrivée prévue de deux nouveaux médecins à l'été 2012, le CSSS de l'Hématite complétera également son PEM.

Au CSSS de la Haute-Côte-Nord, les PEM ont atteint 82 % au pavillon Les Escoumins et 56 % au pavillon Forestville. Au CSSS de Port-Cartier, le PEM en médecine familiale est comblé à 64 %.

SERVICES OFFERTS EN MATIÈRE DE VIOLENCE CONJUGALE ET D'AGRESSION SEXUELLE

En 2011, une étude de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), réalisée en collaboration avec l'Agence et différents partenaires, révélait que la Côte-Nord affichait, en 2008, le plus haut taux d'infractions commises dans un contexte conjugal au Québec, soit 570 par 100 000 habitants, comparativement à 251 dans le reste du Québec. L'étude relie, entre autres, ce taux élevé à certaines caractéristiques socioéconomiques telles que le chômage et le niveau de scolarité ainsi que la consommation d'alcool et l'isolement géographique ou social.

Dans le cadre de l'Enquête Santé Côte-Nord, l'Agence souhaite connaître les perceptions de la population face à cette problématique et préciser son ampleur afin d'identifier des pistes d'action dans le cadre d'une approche intersectorielle avec les ministères et organismes concernés.

À cet égard, le comité régional intersectoriel en violence conjugale et en agression sexuelle poursuit ses activités de concertation et le suivi des projets en lien avec les deux problématiques.

LA SANTÉ PHYSIQUE

SERVICES D'URGENCE

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Objectifs de résultats	3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière * Plusieurs mesures du plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif.

Indicateur		Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.09.31	Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	19,21 %	15,00 %	18,35 %
1.09.03	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	7,39 %	< 1 % de séjour	5,5 %
1.09.01	Séjour moyen sur civière	16,7 heures	≤ 12 heures	14,6 heures

Commentaires

Bien que l'on note une légère amélioration par rapport à l'année dernière, les cibles en lien avec la situation à l'urgence ne sont pas atteintes. La situation demeure difficile dans les deux CSSS régionaux. Par ailleurs, un suivi quotidien de la situation dans les salles d'urgence est assuré par l'Agence. Cela permet d'avoir un lien direct avec les responsables de la coordination de chacun des CSSS lorsqu'une situation problématique a lieu et ainsi d'intervenir rapidement. Enfin, les chantiers amorcés dans la région sur la main-d'œuvre du réseau et les ressources d'hébergement diversifiées pour diverses clientèles devraient notamment contribuer, à terme, à l'amélioration de la performance à l'urgence.

COMITÉ RÉGIONAL DE TRAUMATOLOGIE

Le comité régional de traumatologie est un comité qui relève de l'Agence et qui s'adresse à l'ensemble des intervenants régionaux concernés par la traumatologie. Un nouveau comité a été formé en 2010 et depuis, l'équipe en place en assure la pérennité. En 2011-2012, le comité a tenu cinq rencontres.

Composition :

- Un médecin-conseil expert en traumatologie (président);
- Un représentant de chacun des centres désignés par le réseau québécois de traumatologie sur la Côte-Nord : CSSS de Sept-Îles (centre secondaire), CSSS de Manicouagan (centre primaire), CSSS de la Minganie, de la Basse-Côte-Nord et de l'Hématite (services de stabilisation médicale);
- Un représentant des services de réadaptation du CPRCN;
- Le directeur des affaires médicales et des services de santé à l'Agence;
- La directrice médicale régionale des services préhospitaliers d'urgence à l'Agence;
- Les professionnels responsables des dossiers traumatologie, services de réadaptation et prévention et promotion à l'Agence.

Mandat :

- Évaluer les besoins et les ressources régionales en traumatologie et élaborer un programme régional de traumatologie pour les personnes ayant subi un traumatisme;
- Superviser l'implantation et assurer le suivi du Programme régional de traumatologie (préhospitalier, hospitalier, réadaptation et soutien à l'intégration);
- Voir à l'implantation et au bon fonctionnement des corridors de services régionaux et interrégionaux;
- S'assurer de l'existence de protocoles de transfert requis;
- S'assurer de la mise en place de processus d'assurance de la qualité des soins et de l'accessibilité à toute la population de la région;
- Veiller à ce que les établissements désignés dispensent des soins de qualité à la population de leur territoire, selon les exigences formulées par le groupe d'experts pour la désignation du niveau de soins;
- Recevoir et assurer le suivi des recommandations des équipes du groupe-conseil de traumatologie, en vue de la désignation des établissements par le MSSS;
- Contribuer à la planification de certains éléments du continuum, à l'élaboration de programmes spécifiques, par exemple le suivi de la mise en place d'un registre des traumatismes dans les établissements désignés et à leur application;
- Assurer la promotion du développement du Programme régional de traumatologie;
- Assurer un rôle-conseil auprès de l'Agence.

En 2011-2012, le comité régional de traumatologie, en collaboration avec les comités locaux de traumatologie de la région, a procédé au dépôt du Plan directeur régional qui inclut le plan d'action pour les années 2011-2015. Le document fut approuvé par le groupe-conseil de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) en mars 2012.

COMITÉ RÉGIONAL POUR L'IMPLANTATION DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES

Les mandats du comité régional pour l'implantation des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) sont :

- Identifier les premiers lieux de pratique de l'IPS en soins de première ligne;
- Assurer un développement uniforme des conditions d'exercice de l'IPS (partage d'outils, stratégies d'implantation, communautés de pratique, etc.);
- Mettre en place un plan de communication régional (médecins, partenaires du réseau, population);
- Assurer un suivi et une évaluation de déploiement;
- Améliorer l'accès aux stages;
- Apporter du soutien aux comités locaux.

Les membres de ce comité sont les suivants.

Tableau 11 - Membres du comité régional pour l'implantation des infirmières praticiennes spécialisées

Nom	Fonction	Établissement
Sylvie Auger	Directrice de la santé physique	CSSS de la Basse-Côte-Nord
Marlène Berthelot	Présidente de la Commission infirmière régionale	CSSS de Sept-Îles
Roger Dubé	Chef du Département régional de médecine générale	CSSS de Manicouagan
Louise Marcheterre	Directrice de l'Unité de médecine familiale	CSSS de Manicouagan
Lise Boivin	Chef de service en santé physique	Agence
Pascal Paradis	Conseiller en communication	Agence
Nancy Turner	Conseillère en ressources humaines	Agence

En 2011-2012, ce comité a tenu une rencontre.

LUTTE AU CANCER

En 2011-2012, le comité régional de la lutte contre le cancer s'est réuni à trois reprises. Ce comité multidisciplinaire regroupe des représentants de chacun des RLS de santé et de services sociaux du territoire nord-côtier. Plus spécifiquement, son mandat est de :

- Mettre à jour le Programme régional de la lutte contre le cancer à partir des orientations du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) et des orientations prioritaires de la Direction québécoise du cancer;
- Proposer des mécanismes permettant d'assurer la coordination des services qui existent et de combler les lacunes;
- Assurer et reconnaître la disponibilité de l'expertise selon les critères établis;
- Proposer des modalités pour une utilisation rationnelle des ressources du réseau et des bénévoles;
- Évaluer les besoins de formation;
- S'assurer de l'intégration des services afin de répondre aux besoins de la population et des individus;
- Proposer des mesures de résultats;
- Recommander des moyens de diffusion du programme régional auprès de la population.

Les principaux sujets abordés l'an dernier ont été :

- L'interdisciplinarité : La phase IV de la formation a eu lieu en janvier pour les RLS de Manicouagan et de Sept-Îles. Une journée a également été allouée à l'équipe de la maison de soins palliatifs La Vallée des Roseaux;
- Le déploiement de la phase I du registre québécois du cancer au printemps 2011;
- Le dossier de la formalisation de corridors de services en radio-oncologie;
- La révision du mandat du comité régional de lutte contre le cancer pour le scinder en deux sous-comités distincts;
- La mise à jour du programme régional conforme aux orientations prioritaires 2008-2012 de la Direction de la lutte contre le cancer du MSSS.

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) est un programme de prévention qui s'adresse aux Québécoises âgées de 50 à 69 ans. Chaque femme reçoit une lettre d'invitation pour passer une mammographie de dépistage aux deux ans. Cette lettre, signée par un médecin, sert d'ordonnance médicale à la femme et l'invite à contacter un centre de dépistage désigné (CDD) de sa région pour fixer un rendez-vous. Lorsque le résultat de la mammographie est normal, une lettre l'avisant lui est envoyée dans les plus brefs délais, le rapport étant acheminé au médecin traitant. S'il y a une anomalie, le médecin traitant est rapidement avisé et ce dernier communique avec sa patiente pour prescrire des examens complémentaires dans les jours qui suivent. Dans chaque CDD, toutes les données sont inscrites au système d'information provincial (SI-PQDCS).

La coordination administrative du PQDCS est assurée par l'Agence.

Sur la Côte-Nord, il y a seulement trois établissements désignés comme CDD, soit les CSSS de Manicouagan, de Sept-Îles et de la Minganie. Les CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles sont également des centres de référence pour investigation désignés (CRID).

Un service d'unité portative (*SOPHIE*), opérée par l'INSPQ, dessert la clientèle de la Basse-Côte-Nord et de Schefferville. La région de Fermont est desservie par l'unité mobile *CLARA*.

SOINS PALLIATIFS

En 2010, un sous-comité régional en soins palliatifs a été formé afin de mettre en commun l'expertise des membres. En septembre 2011, une journée de formation sur les conditions gagnantes à mettre en place en soins palliatifs a réuni plus de 75 personnes à Sept-Îles pendant deux jours.

CHIRURGIE

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Objectifs de résultats	3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de six mois

Indicateur		Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.9.20.1	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	68,0 %	90 %	95,5 %
1.9.20.2	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	58,1 %	90 %	92,7 %
1.9.20.3	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	99,6 %	90 %	99,1 %
1.9.20.4	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	88,1 %	90 %	91,2 %
1.9.20.5	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	93,9 %	90 %	96,2 %
1.9.32.1	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie totale de la hanche	0	0 demande	0
1.9.32.2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie totale du genou	0	0 demande	1
1.9.32.3	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie de la cataracte	0	0 demande	0
1.9.32.4	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie d'un jour	79	0 demande	117
1.9.32.5	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie avec hospitalisation	3	0 demande	4

Commentaires

Indicateurs 1.9.20 et 1.9.32

L'accès aux services médicaux spécialisés est tributaire de la présence de médecins spécialistes au sein des établissements de la région de la Côte-Nord. Au cours de l'année 2011-2012, l'arrivée de nouveaux médecins spécialistes dans la région, notamment l'arrivée de spécialistes en chirurgie générale et en anesthésiologie, a contribué à améliorer l'accès aux services spécialisés de chirurgie. À cet égard, les résultats obtenus indiquent que les cibles concernant le pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central, traitées dans un délai inférieur à six mois pour une chirurgie, ont toutes été atteintes.

Quant au nombre de demandes en attente depuis plus d'un an, les résultats obtenus indiquent la présence d'usagers en attente au-delà des délais prescrits. Ces résultats s'expliquent par l'augmentation du volume de clientèle engendrée par l'arrivée de nouveaux médecins spécialistes, et par le fait que des requêtes opératoires en provenance des établissements appartenant au réseau local de services des CSSS, où sont dispensés les services spécialisés, n'étaient pas saisies dans le système d'information du mécanisme d'accès aux services spécialisés (SIMASS).

Les établissements de la région poursuivent leurs travaux d'épuration des listes d'attente, afin de respecter les délais prescrits par le MSSS. La priorité est donnée aux usagers en attente depuis plus d'un an, selon leur disponibilité et selon les priorités opératoires disponibles. À cet effet, les établissements effectuent des travaux visant à libérer des plages horaires au bloc opératoire.

Au cours de l'année 2011-2012, les démarches de recrutement médical en spécialité se sont poursuivies dans tous les milieux, afin d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés.

DÉPLACEMENT DES USAGERS

La politique de subvention pour le déplacement des usagers permet aux résidents de la Côte-Nord d'obtenir des soins et des services qui ne sont pas offerts dans un établissement ou dans la région. Une subvention forfaitaire est versée au citoyen pour les coûts de transport et s'ajoute maintenant un montant forfaitaire pour les repas et l'hébergement dans certaines situations. Ces coûts sont remboursés par les établissements de santé de la région.

Le volume et les coûts de déplacement liés à cette politique sont présentés à l'annexe B.

GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Objectifs de résultats	2.1.2 Favoriser la pratique de groupes polyvalents et interdisciplinaires de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) ou modèles équivalents

Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.09.25 Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) implantés	4	5	4

Commentaires
Le processus d'implantation d'un GMF au CSSS de la Haute-Côte-Nord est amorcé. Par ailleurs, le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille se situe à 55,6 % alors que la cible pour l'ensemble du Québec est de 70 %. Sur la Côte-Nord, le nombre de personnes inscrites en GMF est de 35 086.

Parmi la population inscrite, 38 % est considérée comme une clientèle vulnérable (personnes souffrant de maladies chroniques telles que le cancer, le diabète, les maladies respiratoires sévères, l'insuffisance cardiaque). Les services des GMF bénéficient à 37,3 % des Nord-Côtiers.

Tableau 12 - Groupes de médecine de famille sur la Côte-Nord

Ville	Nom	Nombre de médecins partenaires	Nombre d'inscriptions au 31 mars 2012 (ratio de la clientèle vulnérable)
Baie-Comeau	GMF de la Polyclinique Boréale	17	12 523 (39,96 %)
Port-Cartier	GMF Horizon Santé	6	4 360 (40,05 %)
Sept-Îles	GMF Vents et Marées	16	13 081 (39,02 %)
Havre-Saint-Pierre	GMF de la Minganie	12	5 122 (30,55 %)
TOTAL			**35 086 (38,25 %)**

SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

L'Agence est responsable, dans la région, de la mise en œuvre ainsi que de la coordination d'un système préhospitalier d'urgence comprenant les services ambulanciers.

SERVICES AMBULANCIERS

Au cours de l'exercice, l'Agence a procédé à l'amélioration du service ambulancier à Port-Cartier par l'ajout d'une ambulance de jour la fin de semaine. Ceci a permis de répondre aux besoins de la population de façon plus optimale lorsque le véhicule ambulancier est en déplacement pour une urgence.

À l'automne 2011, l'Agence a investi près de 800 000 $ pour des équipements permettant d'améliorer le travail des techniciens ambulanciers auprès de la population :

- Remplacement des moniteurs défibrillateurs par un modèle permettant de diagnostiquer les infarctus du myocarde avec élévation ST (obstruction totale de l'artère par un caillot) et ainsi transmettre plus d'information sur l'état du patient au centre hospitalier;
- Acquisition de téléphones satellites assurant une communication constante peu importe la localisation sur le territoire.

En 2011-2012, le MSSS a complété un nouveau contrat de services provincial avec les entreprises ambulancières. Depuis le mois d'avril 2012, l'Agence est responsable de conclure avec chaque titulaire de permis d'exploitation un contrat d'une durée de trois ans au terme duquel l'entreprise ambulancière s'engage à fournir les services selon le plan de déploiement autorisé annuellement par l'Agence.

FORMATION ET ASSURANCE-QUALITÉ

En juin 2011, le registre national de la main-d'œuvre est entré en vigueur et confère maintenant aux techniciens ambulanciers un statut d'exercice dans toutes les régions du Québec. Il introduit en quelque sorte des dispositions quasi professionnelles permettant d'assurer la protection du public et la qualité des soins.

Les activités exercées par les techniciens ambulanciers incluent des actes médicaux dits partagés, pouvant être exécutés dans le cadre de services et de soins préhospitaliers d'urgence sous la responsabilité de la directrice médicale régionale. Des mesures périodiques sont instaurées afin de vérifier l'atteinte et le respect des standards de compétence par une révision de certaines interventions.

Sur un total de 4 108 transports provenant de la population et excluant les transports interétablissements, 772 cas ont été révisés, touchant 15 protocoles d'intervention.

Tableau 13 - Nombre de transports ambulanciers sur la Côte-Nord

Compagnie ambulancière	2011-2012	2010-2011
Ambulance Sacré-Cœur inc. (Zone 900 - Sacré-Cœur)	178	202
Ambulances Côte-Nord inc. (Zone 901 - Les Escoumins)	473	524
Ambulances Côte-Nord inc. (Zone 902 - Forestville)	673	602
Ambulances Côte-Nord inc. (Zone 903 - Baie-Comeau)	2 778	2 758
Ambulance Manic inc. (Zone 904 - Manic-5)	30	26
Ambulance Baie-Trinité inc. (Zone 905 - Baie-Trinité)	128	135
Ambulance Porlier inc. (Zone 906 - Port-Cartier)	672	701
Ambulance Porlier inc. (Zone 907 - Sept-Îles)	2 960	2 946
Ambulance Porlier inc. (Zone 909 - Minganie)	646	624
Corporation des services préhospitaliers d'urgence de la BCN (Zone 912 - Blanc-Sablon)	221	213
Ville de Fermont (Zone 914 - Fermont)	199	155
Services ambulanciers Porlier ltée (Zone 915 - Schefferville)	145	115
TOTAL	**9 103**	**9 001**

DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC

Le Dossier de santé du Québec (DSQ) est un dossier de santé électronique qui permettra aux intervenants de la santé d'accéder de façon sécuritaire aux renseignements cliniques de l'ensemble des Québécois assurés par la RAMQ. Le DSQ permettra aux médecins, infirmières et pharmaciens de consulter et de transmettre, de façon simple et rapide, les renseignements appartenant à six grands domaines cliniques, soit le profil pharmacologique, les résultats des analyses de laboratoire et des examens d'imagerie médicale, les données d'immunisation, les allergies et intolérances ainsi que les sommaires d'hospitalisation de tous les clients à l'exception de ceux qui auront manifesté un refus en ce sens.

Pour mener à bien le déploiement du DSQ dans la région, plusieurs étapes doivent être réalisées :

- Mise en place d'un index patient maître (IPM) régional, qui permettra d'identifier de façon unique un usager quel que soit l'endroit où il se présente dans la région pour recevoir des soins. À terme, les données d'identification d'un usager contenues dans différents dossiers répartis dans plusieurs établissements du réseau seront jumelées avec celles du registre des usagers de la RAMQ. Les travaux de mise en place d'un IPM régional débuteront en 2012-2013.
- À ce jour, l'ensemble de l'imagerie médicale de la Côte-Nord, incluant la mammographie, est déployé et les images sont transférées automatiquement au RUIS de l'Université Laval, prêt à alimenter le domaine d'imagerie médicale.
- En ce qui concerne les données des laboratoires et pour atteindre les objectifs d'interopérabilité provinciale et de standardisation clinique, tous les établissements possédant un système d'information de laboratoire (SIL) devront utiliser les normes reconnues et soutenues par le MSSS. Des travaux doivent donc être réalisés dans les dictionnaires des tests de laboratoire de notre région afin de répondre aux exigences du DSQ. Ce volet sera analysé au cours de la prochaine année.
- Le profil pharmacologique, sous la responsabilité de la RAMQ, doit être alimenté par l'ensemble des pharmacies communautaires de la région à la suite d'une entente entre les pharmacies et la RAMQ.
- D'autres renseignements viendront également alimenter le DSQ à partir de services d'information nationaux, ainsi que les dossiers cliniques informatisés (DCI) dans les établissements et les dossiers médicaux électroniques (DME) des cliniques médicales.

Le DSQ fait l'objet d'essais actuellement dans les régions pilotes au Québec. Sur la Côte-Nord, les travaux se limitent à la préparation des préalables nécessaires pour l'alimentation de ces domaines et la mise en place du visualiseur pour consulter les données cliniques lorsque disponibles.

GUICHET D'ACCÈS POUR LA CLIENTÈLE SANS MÉDECIN DE FAMILLE

Six CSSS de la région ont mis en place un guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille. Pour faciliter l'identification, la priorisation et l'orientation de la clientèle, le personnel des guichets d'accès utilise le système d'information des guichets d'accès pour la clientèle sans omnipraticien (SIGACO).

À cet égard, voici l'état de situation au 31 mars 2012.

Tableau 14 - Clientèle des guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille de la Côte-Nord

Nombre de médecins inscrits		Nombre de patients inscrits		Nombre de patients en attente		Nombre de patients transférés	
Durant l'année	À la fin de l'année	Durant l'année	À la fin de l'année	Durant l'année	À la fin de l'année	Durant l'année	À la fin de l'année
15	85	5 121	7 169	800	3 329	2 639	3 755

ORGANISATION DES SERVICES DE NÉPHROLOGIE ET DE SUPPLÉANCE RÉNALE

Depuis février 2010, les services de suppléance rénale par des traitements d'hémodialyse sont disponibles pour le secteur est de la Côte-Nord. Dès octobre 2011, des travaux d'agrandissement au CSSS de Sept-Îles ont permis de doubler la capacité d'accueil, c'est-à-dire que quatre chaises permettent maintenant l'accueil simultané de quatre patients.

De plus, une réorganisation du travail est actuellement en cours (des quarts de travail de douze heures, ajout de journées pour les traitements) afin de répondre à la hausse des demandes. La formation de trois nouvelles infirmières est également prévue au printemps 2012.

Dans le secteur ouest, le projet de développement des services d'hémodialyse au CSSS de Manicouagan chemine. La mise en opération d'un service de qualité et sécuritaire est prévue en 2013.

DOULEUR CHRONIQUE

Depuis 2008, un consortium formé du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) et du regroupement du Centre hospitalier affilié universitaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis et de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus est en place afin de développer un centre d'expertise en douleur chronique (CEDC) pour les établissements partenaires du RUIS de l'Université Laval.

Docteure Yveline Romain, du CSSS de Sept-Îles, agit à titre de représentante pour la Côte-Nord au sein de la Table interrégionale de ce consortium.

Un comité régional formé de représentants de certains établissements nord-côtiers permet de collaborer à la mise en place des recommandations du consortium.

En 2011-2012, quatre rencontres du comité ont eu lieu et l'élaboration d'une offre de service régionale concertée et complémentaire est en cours.

À la fin de l'année 2011, le CSSS de Sept-Îles s'est engagé dans le processus de désignation de l'établissement comme centre secondaire régional en douleur chronique. À cet effet, la matrice officielle est en voie d'être complétée.
Au début 2012, la candidature du CSSS de Sept-Îles a été proposée comme site pilote pour un projet de démonstration du RUIS de l'Université Laval, visant à affirmer l'importance de la première ligne et permettre de valider les outils cliniques et les trajectoires de service retenus par les comités du CEDC.

MALADIES CHRONIQUES

AUTOGESTION ET RÉADAPTATION DE LA CLIENTÈLE ATTEINTE DE MALADIES CHRONIQUES

En mars 2011, le Consortium InterEst Santé a été lancé par l'Université du Québec à Rimouski. Il se définit par une alliance entre cinq partenaires de l'Est-du-Québec, dont les agences de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, l'INSPQ et l'Université du Québec à Rimouski. La mission du consortium est d'établir un pont entre le réseau de la santé, les domaines de la recherche et de l'enseignement supérieur, dans le but de soutenir le développement et l'utilisation de la recherche appliquée sur les services de santé de première ligne dans les trois régions impliquées. L'organisation des services de première ligne de ces régions est caractérisée par la desserte de communautés dispersées sur de vastes territoires, la rareté des effectifs professionnels et l'éloignement des centres de services spécialisés.

Depuis mars 2011, un projet de recherche est en cours sur la prise en charge de sa santé sur le territoire du CSSS de Rocher-Percé en Gaspésie et depuis décembre dernier, le CSSS de la Haute-Côte-Nord et le CSSS de La Matapédia font aussi partie du projet. Cette alliance avait pour but de mettre à contribution les réflexions pour soutenir l'expérimentation en cours et favoriser le transfert d'un modèle bonifié à chaque établissement. Depuis décembre 2011, deux rencontres ont eu lieu avec les équipes cliniques des maladies chroniques de chaque CSSS.

LA PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

ACCÈS AUX SERVICES

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Objectifs de résultats	Respecter par installation la cible quotidienne de trois personnes et moins considérées en fin de soins actifs et occupant un lit de courte durée en CHSGS
	Diminuer, à moins de 5 %, le taux de déclaration en hébergement à partir d'un centre hospitalier

Indicateur	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
4.1.1 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation-orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée	< 3 personnes	5/6 établissements
4.1.2 Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée	< 3 personnes	5/6 établissements
4.1.3 Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée	< 3 personnes	1/1 établissement*
4.1.4 Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	< 3 personnes	6/6 établissements
4.1.5 Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	< 3 personnes	4/6 établissements
4.1.6 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	< 3 personnes	5/6 établissements
4.1.8 Taux de déclaration (%) en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	< 5 %	6,1 %

Commentaires

Indicateurs 4.1.1 à 4.1.6

Au 31 mars 2012, la majorité des établissements respectait la cible quotidienne de trois personnes et moins considérées en fin de soins actifs et occupant un lit de courte durée en CHSGS. En lien avec cette problématique, un état de situation est en cours pour dresser un portrait des ressources d'hébergement pour toutes les clientèles (jeunesse, personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres) afin d'améliorer l'offre de service en hébergement par territoire de CSSS.

Indicateur 4.1.8

Nous constatons que le taux de déclaration en hébergement est supérieur à la cible nationale. L'Agence a entrepris une démarche dans le but de valider le respect de la hiérarchisation, selon un continuum de soins, allant du repérage de la clientèle jusqu'à l'hébergement. Pour ce faire, elle procédera à des audits portant sur l'organisation et le fonctionnement des services de soutien à domicile ainsi que sur la qualité des évaluations réalisées auprès des clientèles hébergées ou en liste d'attente.

* Seulement un établissement a des lits URTF (unité de réadaptation transitoire intensive).

RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Objectifs de résultats	2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS

Indicateur		Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.03.06	Degré moyen d'implantation dans les réseaux locaux de services	51,29 %	55 %	56,22 %

Commentaires
La cible régionale est atteinte. L'ensemble des établissements a implanté le guichet d'accès. Les clients ayant besoin des services d'un gestionnaire de cas les reçoivent sans délai d'attente. Il y a un formateur dans chacun des établissements, ce qui permet de former les nouveaux intervenants dès leur arrivée. Quant à la mise en place des mécanismes d'accès, les résultats sont inégaux entre les établissements.

La moyenne régionale de mise en place du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) est de 56 %. En septembre 2011, trois établissements ont reçu une visite ministérielle pour des audits. Les objectifs de la visite étaient d'apporter du soutien aux établissements au regard des modalités d'implantation des composantes du RSIPA, de valider l'interprétation de l'outil d'évaluation et de vérifier certains éléments probants. Les résultats de cette visite ont permis de constater que les établissements visités répondaient aux critères ministériels. Le déploiement de l'application informatique du RSIPA s'est déroulé d'avril 2010 à novembre 2011, et 300 utilisateurs ont été formés.

FAITS SAILLANTS

APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER

En mai 2010, le MSSS a élaboré des lignes directrices pour que les établissements instaurent de nouvelles pratiques de soins et de services afin de mieux répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées vulnérables qui sont hospitalisées.

Tel qu'il est présenté dans le tableau suivant, un établissement a mis en place les quatre préalables, tandis que les cinq autres ont implanté les trois premiers. En ce qui a trait aux étapes subséquentes, quatre établissements ont fait le diagnostic organisationnel, lequel permet d'élaborer le plan d'action et le plan de communication.

Tableau 15 - Implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Préalable	Complété	En cours	Non débuté
Outil de repérage à l'urgence	6		
Mécanisme de suivi des repérages positifs	6		
Intervenant de liaison dédié à la clientèle des personnes âgées vulnérables	6		
Programme de marche	1	3	2
Étapes subséquentes à l'implantation de l'approche adaptée			
Diagnostic organisationnel	4		2
Plan d'action	1	2	3
Plan de communication	1	2	3
Rencontres de sensibilisation de l'approche adaptée auprès du personnel	2		4
Formation*		2	4

* La formation peut être complétée avant trois ans.

Une table régionale des répondants locaux a été mise en place pour accompagner les établissements dans l'implantation des composantes de l'approche adaptée et favoriser les échanges interétablissements.

Étant donné le faible taux de personnes âgées dans son réseau local de services, le CSSS de l'Hématite n'est pas considéré pour la mise en place des composantes de l'approche adaptée en milieu hospitalier.

AMÉLIORATION DE L'ALIMENTATION EN CHSLD

Le MSSS a accordé des crédits de développement annuel de 55 602 $, pour une deuxième année, afin que les établissements présentent des projets pour améliorer l'alimentation en CHSLD. En 2011-2012, l'Agence et les établissements ont convenu de présenter un projet régional afin de poursuivre la formation sur la problématique de la dysphagie et sur des moyens pour améliorer les moments de repas à l'ensemble des intervenants impliqués dans l'acte alimentaire. Plus de 450 intervenants ont été rejoints depuis deux ans. De plus, une nutritionniste a été embauchée afin de définir des modalités opérationnelles pour le déploiement des outils élaborés dans le premier projet (protocole de dépistage de la malnutrition et protocole d'hydratation) et adapter, en collaboration avec les établissements, les politiques alimentaires aux milieux de vie en CHSLD.

MALTRAITANCE ENVERS LES AÎNÉS

Le gouvernement a élaboré un plan d'action (2010-2015) pour contrer la maltraitance envers les aînés en collaboration avec treize ministères et organismes, notamment celui de la santé et des services sociaux. Ce plan comprend quatre actions structurantes afin de lutter contre la maltraitance, dont la mise en place de coordonnateurs régionaux pour soutenir la concertation entre les différents partenaires œuvrant auprès des aînés. Ce coordonnateur doit également s'assurer d'une continuité des services pour les aînés.

Pour ce faire, voici les principales étapes réalisées cette année :

- Élaboration d'un portrait des services existants et des mécanismes de concertation se rapportant à la maltraitance pour établir un diagnostic;
- Collaboration avec la Table régionale de concertation des aînés afin de traiter de la problématique de la maltraitance;
- Sensibilisation de plusieurs organismes œuvrant auprès des aînés;
- Formation d'intervenants des CSSS et des organismes communautaires pour donner de la formation à leur personnel sur le dépistage et l'intervention en situation de maltraitance;
- Rédaction d'un plan d'action régional pour l'amélioration des services (consultation en cours).

SYSTÈME RÉGIONAL D'ADMISSION

La gestion des mécanismes d'accès aux services d'hébergement est assumée par les établissements, mais l'Agence assure la coordination et les demandes de transferts interrégionaux.

Tableau 16 - Demandes d'admission en hébergement de longue durée

2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
119	138	151	172	172

Tableau 17 - Personnes hébergées au 31 mars 2012

Type de ressources	2008	2009	2010	2011	2012
CHSLD	387	386	387	392	406
Ressource intermédiaire	61	88	106	111	136
Résidence d'accueil	80	74	69	77	75
Formule novatrice d'hébergement	10	9	9	4	6
TOTAL	**538**	**557**	**571**	**584**	**623**

Tableau 18 - Personnes en attente d'hébergement au 31 mars 2012

Type de ressources	2008	2009	2010	2011	2012
CHSLD	41	42	33	37	44
Ressource intermédiaire	16	20	28	31	33
Résidence d'accueil	27	15	16	18	12
TOTAL	**84**	**77**	**77**	**86**	**89**

Tableau 19 - Personnes en soins de courte durée en attente d'hébergement de longue durée au 31 mars 2012

2008	2009	2010	2011	2012
40	27	36	31	25

Entre le 1er avril 2011 et le 31 mars 2012, six personnes de la Côte-Nord ont été orientées à l'extérieur pour un hébergement, et ce, à leur demande. Par ailleurs, quatre personnes, en provenance de différentes régions du Québec, ont exprimé le souhait d'être hébergées sur la Côte-Nord pour se rapprocher de leur famille.

LA DÉFICIENCE PHYSIQUE, DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Objectifs de résultats	3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : ▪ Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours ▪ Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR ▪ Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an

Indicateur		Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.45	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience	86,4	75,0	91,5

Commentaires

L'Agence constate que la situation globale s'est améliorée cette année quant au respect des délais pour les clientèles toutes déficiences-tous âges-toutes priorités en CSSS, CRDP et CRDI.

Les efforts ont été poursuivis par les CSSS afin de s'assurer de la validité des données nécessaires au suivi des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience.

Actuellement, on constate que, en centre de réadaptation, les délais sont respectés pour toutes les clientèles à une exception près, soit la clientèle en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement en ce qui concerne les demandes avec un niveau de priorité élevée. Selon les données recueillies, l'objectif est atteint à 84,6 % avec 22 demandes traitées dans les délais sur un total de 26.

L'Agence assurera le soutien et le suivi de l'implantation du plan d'accès auprès des établissements afin que les services destinés aux personnes ayant une déficience soient améliorés d'ici les trois prochaines années.

SERVICES SPÉCIFIQUES

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Objectifs de résultats	2.2.8 Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille

Commentaires
La désignation d'intervenants pivot réseau en DP-DI-TED est complétée dans l'ensemble des territoires de la Côte-Nord dans le cadre des travaux du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Des plans de services individualisés sont réalisés dans tous les CSSS.

SERVICES SPÉCIALISÉS

En 2011-2012, 416 usagers présentant une déficience intellectuelle ou un TED ont reçu des services d'adaptation et de réadaptation avec une intensité de services de 76,35 heures de prestation de services (HPS). Il est à noter que l'indice d'intensité est presque le double en TED comparativement à la déficience intellectuelle, soit de 115,13 HPS et de 60,92 HPS, en moyenne respectivement.

BUDGET NON RÉCURRENT DÉDIÉ AUX BESOINS DES CLIENTÈLES SUR LES LISTES D'ATTENTE EN DP, DI ET TED

L'Agence a reçu un financement additionnel de 101 431 $ non récurrent, réparti en deux enveloppes égales entre les missions respectives des CSSS et du CPRCN.

L'utilisation de cette enveloppe régionale a permis d'améliorer la réponse aux besoins des personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un TED, qui se traduit en termes de soutien à la famille, soutien à la personne et réadaptation.

LES JEUNES EN DIFFICULTÉ

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Objectifs de résultats	2.2.3 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté

Indicateur		Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.06.11	Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace est offert	-	100 % (7/7 territoires)	28,5 % (2/7 territoires)

Commentaires
Pour le moment, deux CSSS dispensent un programme de crise et de suivi intensif dans le milieu. La mise en œuvre récente d'un chantier sur les jeunes en difficulté facilitera l'implantation d'initiatives similaires dans les autres territoires locaux. Ce chantier vise aussi l'adoption d'un programme de négligence dans tous les CSSS. À l'heure actuelle, ce programme est déjà implanté dans un CSSS de la région.

FAITS SAILLANTS

LISTE D'ATTENTE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

Après avoir soumis un plan d'action à l'Agence, le CPRCN a reçu une somme non récurrente de 200 000 $, dans le but de réduire sa liste d'attente à l'évaluation-orientation.

ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION ET AMORCE D'UN CHANTIER SUR LES JEUNES EN DIFFICULTÉ

Des rencontres entre l'Agence et les établissements, pour dresser un bilan de l'offre de service « Jeunes en difficulté », ont mené à l'élaboration d'un plan d'action. Une analyse du continuum de services pour les jeunes en difficulté est en cours actuellement.

TRAVAILLEURS DE RUE

Pour l'année 2011-2012, les travailleurs de rue, les organismes communautaires œuvrant dans ce secteur et l'Agence ont signé une entente de services afin de définir le rôle de chacun des acteurs et de réaffirmer l'importance de ces ressources dans le milieu. Cette entente permet aussi d'intégrer les travailleurs de rue au PSOC.

FORMATION

Au cours de la dernière année, une quarantaine de nouveaux intervenants ont pu assister à la formation « Programme d'accueil et d'intégration - Charlie 2 ». Une vingtaine de gestionnaires famille-enfance-jeunesse ont suivi la formation « Programme d'encadrement clinique - volet 1 ».

En ce qui concerne l'organisation de la formation à déployer dans la région, l'Agence a proposé aux établissements un calendrier de planification de formations relatif aux dossiers jeunes en difficulté, dépendances, santé mentale et DI-DP-TED avec la collaboration des ressources humaines. Riche de l'expérience, l'Agence verra à peaufiner la démarche en tenant compte des commentaires des participants.

LA SANTÉ MENTALE

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Objectifs de résultats	2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire

Indicateur		Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.08.09	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne (mission CLSC)	1 444 usagers	1 250 usagers	864 usagers

Commentaires

Une baisse du nombre d'usagers ayant reçu des services de première ligne en santé mentale (CLSC) est observée par rapport à l'année précédente. Un changement dans la façon de calculer l'indicateur influence ce résultat. Plus spécifiquement, seuls les services ambulatoires en santé mentale sont maintenant comptabilisés. Auparavant, les services psychosociaux dispensés aux personnes ayant un diagnostic en santé mentale faisaient aussi partie de l'indicateur. Enfin, la pénurie actuelle de main-d'œuvre dans plusieurs champs d'activités professionnelles (nursing, psychologie, travail social, etc.) fragilise l'offre de service en santé mentale pour l'ensemble du territoire nord-côtier.

La mise en place d'une approche basée sur la collaboration et les soins partagés en santé mentale fait partie des orientations du Plan d'action en santé mentale (PASM 2005-2010). Depuis le début de l'année 2011, la région de la Côte-Nord peut compter sur la présence de deux médecins psychiatres répondants en santé mentale, l'un au CSSS de Sept-Îles, répondant aux besoins du pôle est et, l'autre, en poste au CSSS de Manicouagan, pour le pôle ouest. L'actualisation de cette mesure favorisera le soutien offert aux médecins de famille ainsi qu'aux intervenants de première ligne œuvrant dans les établissements du territoire.

SERVICES D'INTÉGRATION DANS LA COMMUNAUTÉ

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Objectifs de résultats	2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves

Indicateur		Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.08.05	Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	83 adultes	130 adultes	69 adultes

Commentaires
En ce qui concerne le suivi d'intensité variable dans la communauté, la cible n'est pas atteinte pour l'ensemble des établissements qui offrent ce service. Une problématique liée à la stabilité de la main-d'œuvre est présente dans ces équipes. Toutefois, les établissements s'assurent que les usagers accèdent aux services requis.

FAITS SAILLANTS

PRÉVENTION DU SUICIDE

En 2005, le MSSS publiait son Plan d'action en santé mentale 2005-2010 *« La force des liens »*. Un des objectifs était d'assurer l'identification, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des personnes à potentiel suicidaire élevé.

Depuis plusieurs années, l'Agence est préoccupée par la problématique du suicide qui demeure très présente sur l'ensemble du territoire. Dans la région, l'expertise en prévention du suicide appartient au Centre de prévention du suicide (CPS) Côte-Nord.

En 2001, l'Agence a mandaté le CPS Côte-Nord pour implanter un réseau de sentinelles en prévention du suicide sur l'ensemble de la Côte-Nord, et ce, dans différents milieux de travail, loisirs, sports, jeunesse, etc. En 2011-2012, sept formations de sentinelles ont été organisées, rejoignant 193 personnes. Le CPS Côte-Nord a le mandat d'assurer le suivi de ces sentinelles. Ce suivi est disponible 24 heures par jour, sept jours par semaine, à l'aide d'une ligne d'intervention téléphonique.

En 2010, la région Côte-Nord a été désignée par le MSSS comme l'une des deux régions pilotes pour l'implantation de la nouvelle formation provinciale accompagnant le Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide, en raison, notamment, de la collaboration établie entre le réseau public et le milieu communautaire en prévention du suicide. Le CPS Côte-Nord a été mandaté par l'Agence afin d'agir à titre de formateur régional.

En 2011-2012, le CPS Côte-Nord a offert la formation accréditée à près de 300 intervenants en provenance de CSSS et de partenaires locaux. Le processus d'implantation devrait prendre fin à l'automne 2012.

TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ

L'Agence a animé et coordonné un groupe de travail dédié à la problématique du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Ce comité a rédigé un plan d'action régional (2009-2010) relatif au TDAH. Un projet de répit destiné aux parents d'enfants vivant avec cette problématique a été identifié comme mesure de soutien afin de prévenir l'épuisement des parents, la détérioration du tissu familial et le recours aux services spécialisés. Un projet a vu le jour en partenariat avec l'organisme communautaire PANDA et les activités de répit ont débuté au printemps 2012.

LA SANTÉ PUBLIQUE

PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Fiche de reddition de comptes 2011-2012		
Objectifs de résultats	1.1.1	Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)
	1.1.2	Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants : ▪ Infections transmissibles sexuellement et par le sang ▪ Habitudes de vie et maladies chroniques ▪ Chutes chez les personnes âgées ▪ Suicide

Indicateur		Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.01.20	Pourcentage moyen d'implantation des activités du PNSP	69 %	85 %	Non déterminé*
1.01.21	Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	8 %	85 %	Non déterminé*

Commentaires

Indicateur 1.01.20

L'engagement régional au regard de l'implantation des activités du PNSP concernait l'élaboration et l'implantation de la stratégie de mise en œuvre du PAR-PAL. D'une part, un processus de priorisation des actions régionales et locales a été mis en place afin d'assurer une harmonisation des interventions par tous les CSSS. D'autre part, l'intégration des activités cliniques et communautaires de la santé publique dans le continuum de services, comme il est défini dans la planification stratégique de l'Agence, a permis d'adresser, de façon prioritaire, les services destinés aux jeunes en difficulté (dont les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance), de même que les maladies chroniques, par l'intégration de la prévention-promotion des saines habitudes de vie et les pratiques cliniques préventives (PCP).

Indicateur 1.01.21

L'engagement pour le cycle de gestion 2011-2012 était d'augmenter la proportion des PCP prioritaires. Afin de rencontrer cet objectif, un modèle des cliniques de santé préventive a été proposé comme élément structurant de la stratégie de mise en œuvre de cette démarche.

* La périodicité de cet indicateur est bisannuelle. Une nouvelle donnée devrait être disponible à la fin du cycle de gestion 2012-2013.

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

En 2011-2012, le Service de prévention et promotion de la santé a poursuivi ses travaux, en collaboration avec ses partenaires, afin de consolider et actualiser l'offre concertée de services en matière de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids.

SAINES HABITUDES DE VIE (0-5-30)

TABAGISME (0)

Prévention

- Au cours de l'année, la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac a présenté aux intervenants du réseau de la santé publique et à tous les partenaires locaux concernés, les enjeux actuels de la lutte contre le tabac.
- Dans le but d'encourager l'acquisition de saines habitudes de vie et la prévention du tabagisme, le financement accordé au projet « La gang allumée » a permis de réaliser des activités de prévention du tabagisme auprès des jeunes. Dix projets ont fait l'objet d'une subvention pour un montant total de 4 345 $, ce qui a permis de rejoindre 2 500 jeunes et près de 1 000 adultes.

Tableau 20 - Projets financés par « La gang allumée »

Territoire de CSSS	Projet	Milieu	Subvention 2011-2012 ($)
Haute-Côte-Nord	La gang de la Poly des Berges	CSSS de la Haut-Côte-Nord (Polyvalente des Berges)	300
Manicouagan	Les chasseuses de saveurs trompeuses	École secondaire Serge-Bouchard	600
	Les chercheuses de saveurs	Polyvalente des Baies	600
	0-5-30	École secondaire Serge-Bouchard	500
	0-5-30	Polyvalente des Baies	500
	Touche pas à ça	Maison des jeunes Le SQUAT	225
Sept-Îles	La fumée secondaire, non merci	CSSS de Sept-Îles (École Jean-du-Nord)	300
	Le tabagisme... pas pour moi!	CSSS de Sept-Îles (École Jean-du-Nord)	200
	Certificats félicitations!	CSSS de Sept-Îles (Écoles primaires - 6e année)	120
	Ensemble pour lutter contre le tabac	CSSS de Sept-Îles (Écoles Manikoutai, École Jean-du-Nord)	1 000
TOTAL			**4 345**

Cessation tabagique

- Les services de cessation tabagique en CSSS ont permis de rejoindre 287 fumeurs, ce qui représente 82,2 % de l'objectif régional.
- Le Défi « J'arrête, j'y gagne! » a permis de rejoindre 377 fumeurs (comparativement à 260 pour l'année précédente), qui ont décidé de relever le défi de ne pas fumer pendant six semaines, soit du 1er mars au 11 avril 2012.
- En octobre dernier, sept infirmières œuvrant dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT) ont bénéficié d'une formation d'une journée sur l'ordonnance collective pour les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN).

ALIMENTATION (5)

Défi Santé 5/30 Équilibre

Cette année, 1 929 Nord-Côtiers se sont inscrits à ce défi visant l'adoption de saines habitudes de vie. De plus, cinq localités et une MRC de la Côte-Nord se sont lancées dans l'aventure en devenant « Municipalités Défi Santé ».

Formation « Hygiène et salubrité en contexte d'aide alimentaire »

Dans le cadre du plan de déploiement provincial du programme de formation en hygiène et salubrité dans un contexte d'aide alimentaire, deux formations ont été données à Sept-Îles et Baie-Comeau. Cette formation, offerte en partenariat avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) a permis de rejoindre seize gestionnaires responsables des services d'aide alimentaire d'organismes communautaires et caritatifs.

Rallye sur la Côte

Cette année, la quatrième édition du Rallye sur la Côte s'est déroulée entre avril et juin. Cette activité vise l'augmentation de la consommation de fruits et légumes et de la pratique d'activités physiques. En mars 2012, 25 milieux de travail, dont quinze ne faisant pas partie du réseau de la santé, ont participé, impliquant au total 777 personnes.

Promotion des saines habitudes de vie

Dans le but de sensibiliser la population nord-côtière à l'importance d'adopter une saine alimentation et de créer des environnements alimentaires favorables à la santé, le Service de prévention et promotion de la santé et des services sociaux a travaillé sur différents projets :

- Animation de sessions d'appropriation d'une saine alimentation auprès du personnel des CSSS et d'intervenants du milieu (91 personnes ont été rencontrées et pourront agir comme relayeurs d'information);
- Expertise-conseil aux regroupements saines habitudes de vie de la région soutenus financièrement par Québec en forme. Dans ce cadre, l'Agence participe plus activement à la mise en place d'une programmation diversifiée d'activités de promotion de la saine alimentation dans les écoles primaires;
- Poursuite du déploiement des défis « Moi, j'croque » et « Pelure de banane », en partenariat avec le Réseau du sport étudiant du Québec, région Côte-Nord (RSEQ). Par ces défis, les élèves et membres du personnel des écoles sont invités à consommer un minimum de cinq portions de fruits et légumes chaque jour. Trente-sept trousses du défi « Moi, j'croque » et neuf du défi « Pelure de banane » ont été remises aux écoles par Kino-Québec, permettant ainsi de rejoindre plus de 5 500 élèves;
- Élaboration d'un projet dans le milieu de la restauration pour soutenir la création d'environnements favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie. Ce projet, en partenariat avec le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ), les associations touristiques régionales (ATR) et le Circuit gourmand, sera mis en place en 2012-2013.

Politique alimentaire

Tous les CSSS de la région ont adopté une politique alimentaire. Le comité régional des répondants se réunit environ trois fois par année afin de soutenir la mise en œuvre des politiques alimentaires dont l'ensemble des orientations doivent être implantées d'ici le mois de mars 2013. Différents moyens ont été déployés pour y arriver :

- Comité de travail pour les machines distributrices : Une liste des aliments et boissons a été produite;
- Comité de travail pour l'adaptation de la politique alimentaire en CHSLD;
- Formation Webinaire, élaborée par le MSSS, pour le logiciel d'analyse nutritionnelle.

Sécurité alimentaire

Dans le but de soutenir et de favoriser les actions visant le développement de la sécurité alimentaire, qui s'inscrivent dans les stratégies de développement social et de développement des communautés, douze projets ont été appuyés financièrement, pour un budget global de 71 110 $. De plus, une première rencontre des responsables de la sécurité alimentaire des CSSS a eu lieu afin d'arrimer les services et les activités déployés dans chacun des réseaux locaux de services (voir tableau ci-après).

Tableau 21 - Projets financés par le Programme de subvention en matière de sécurité alimentaire

Territoire de CSSS	Projet	Promoteur	Subvention 2011-2012 ($)
Haute-Côte-Nord	Nourris ton cerveau!	Centre d'action bénévole Le Nordest	5 000
	Les délices maison	La popote roulante (Bergeronnes)	3 230
Manicouagan	Famille mieux nourrie, famille épanouie!	Carrefour familial de Chute-aux-Outardes	15 500
	Jardin collectif	Accueil Marie de l'Incarnation	3 500
	L'héritage culinaire	Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau	700
Port-Cartier	Qu'est-ce qu'on mange?	Maison de la famille de Port-Cartier	10 000
Sept-Îles	Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale	L'Envol - Maison de la famille	12 000
	J'ai faim 4	Chantier Jeunesse Loisir	8 000
Minganie	Projet alimentaire : deux volets	La Maison du Tonnerre	3 330
	Popotons ensemble	L'Entre-Deux-Tournants	3 300
Basse-Côte-Nord	To provide hot nutritious meals to the senior citizens aged 75 +, physically handicapped, and convalescence in the community of Chevery	Club des Citoyens Seniors de Chevery	6 000
Hématite	Cuisine collective	Maison d'aide et d'hébergement de Fermont	550
TOTAL			**71 110**

Étude sur le panier à provisions nutritif

L'étude sur le panier à provisions nutritif, réalisée par le Dispensaire diététique de Montréal, a été publiée à la fin d'octobre 2011. Elle révèle un coût plus élevé pour nourrir sainement une famille nord-côtière que dans les autres régions à l'étude, soit la Capitale-Nationale et la Mauricie-Centre-du-Québec. Ces données seront utilisées par les organisations de la région mobilisées au sujet de la sécurité alimentaire ou de la pauvreté qui travaillent à mettre en place des solutions adaptées à la réalité nord-côtière.

ACTIVITÉ PHYSIQUE (KINO-QUÉBEC) (30)

Festival « Plaisirs d'hiver »

Quarante-quatre municipalités ont répondu à l'appel en proposant une centaine d'activités au cours du festival « Plaisirs d'hiver ». L'édition 2012 a encore une fois impliqué le milieu scolaire avec 26 écoles de la Côte-Nord qui ont mis en action 2 839 jeunes dans le cadre des cours d'éducation physique ou lors de journées spéciales, et ce, entre janvier et mars.

Concours « École active »

Pour l'édition 2012, seize écoles ont présenté un projet touchant les saines habitudes de vie, dont sept ont reçu un financement pour le réaliser. Ces projets devaient favoriser la pratique de l'activité physique par l'aménagement de la cour d'école, l'achat de matériel à caractère sportif ou encore, favoriser une saine alimentation. C'est donc plus de 1 000 élèves qui ont bénéficié de ces mesures.

Défi Basket

L'édition 2011 du Défi Basket, une initiative régionale, a impliqué plusieurs jeunes, de la maternelle au secondaire, dans 39 écoles de la Côte-Nord. Cette activité se déroulant en mai, dans le cadre du Mois de l'éducation physique et du sport étudiant (MÉPSÉ), a permis d'offrir une bourse de 500 $ parmi toutes les écoles inscrites.

Ma cour : Un monde de plaisir

Une formation concernant l'aménagement, l'organisation et l'animation de la cour d'école a été offerte à plus de 60 intervenants du réseau scolaire de la Côte-Nord. Diverses stratégies sont présentées pour la mise en place de la mesure afin de maximiser l'engagement moteur des jeunes, en respectant la réalité et les besoins de l'école.

ViActive

ViActive est un programme d'activité physique de groupe s'adressant aux aînés. En 2011-2012, une seule formation d'animateurs de groupes a été offerte dans la région. Treize animateurs ont pu bénéficier de cette formation, d'une durée de quatre heures, pour animer les groupes de leur localité.

Journée nationale du sport et de l'activité physique (JNSAP)

Cette journée thématique encourage la pratique de l'activité physique chez la population. Au printemps 2011, Kino-Québec et le Club d'athlétisme de Baie-Comeau ont proposé une foule d'activités familiales lors d'une journée thématique. Plus de 350 personnes se sont réunies pour s'activer en famille.

PÉRINATALITÉ

PLANIFICATION DES NAISSANCES

Le modèle provincial de contraception hormonale a été adopté par tous les CSSS.

SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE, À L'INTENTION DES FAMILLES VIVANT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Objectifs de résultats	Augmenter le nombre de femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

Indicateur		Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.01.12	Pourcentage de femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE	50,0 %	80,0 %	50,9 %

Commentaires
L'entente de gestion et d'imputabilité de l'Agence pour l'année 2011-2012 prévoyait, au chapitre des priorités régionales, un objectif en lien avec l'augmentation des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE. Le résultat régional, bien qu'il se maintienne depuis l'an passé, demeure inférieur à la cible de 80 %. Afin de bonifier les services offerts sur le territoire nord-côtier, les CSSS interviennent à la fois auprès des familles, de la communauté et de l'environnement global. L'offre de service devra faire l'objet d'une attention particulière, en tenant compte des particularités spécifiques à chacun des territoires de CSSS (éloignement des points de service, peu d'expertise dans le cadre de l'intervention auprès des familles vulnérables, etc.).

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE

APPROCHE « ÉCOLE EN SANTÉ »

Au 31 mars 2012, 67,2 % des écoles nord-côtières avaient implanté l'approche « École en santé » à différents niveaux, comparativement à 44,7 % pour l'ensemble du Québec.

Deux nouvelles répondantes régionales assurent le soutien personnalisé dans les démarches du déploiement de l'approche et offrent, au besoin, de la formation pour les accompagnateurs, les gestionnaires et intervenants des réseaux de l'éducation et de la santé et ses partenaires sur l'actualisation des meilleures pratiques en prévention et promotion à l'école.

ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ CHEZ LES JEUNES

Projet de démonstration d'une sexualité saine et responsable

Au printemps 2008, la Table régionale intersectorielle sur la promotion, la prévention et les services en milieu scolaire (TRIPPS) appuyait la mise en place d'un comité de travail MSSS-MELS pour soutenir le déploiement de l'éducation à la sexualité selon les nouvelles orientations. Son mandat est de réaliser des situations d'apprentissage et d'évaluation de l'éducation à la sexualité, à l'intention des jeunes du primaire, en tenant

compte des meilleures pratiques de prévention et de promotion et des encadrements scolaires. Les travaux, initiés en septembre 2009, se sont terminés au printemps 2012.

Un comité de travail a élaboré des outils au cours de l'année. Les situations d'apprentissage et d'évaluation pour la 1re et la 3e année ont été développées. Elles s'ajoutent à celles développées pour le préscolaire, la 2e, la 4e et la 6e année dans le cadre de la première phase du projet.

Ce projet a été subventionné par le programme « Stratégie d'intervention jeunesse 2009-2014 » et les réalisations du comité de travail seront diffusées à l'échelle provinciale au cours de la prochaine année.

Éducation à la sexualité en milieu scolaire

En mars dernier, la formation « L'éducation à la sexualité en milieu scolaire : vers une démarche intégrée et concertée » a été offerte à Sept-Îles. L'objectif est d'explorer les étapes de mise en œuvre d'une démarche concertée en éducation à la sexualité. Une trentaine de personnes ont suivi la formation.

SANTÉ DENTAIRE

ACCESSIBILITÉ DES SERVICES

Un des objectifs du service de santé dentaire préventif, dans les CSSS de la région, est d'assurer l'accessibilité de ses services dans chacune des MRC.

DEUX PRINCIPAUX VOLETS

Services de base

Les services de base consistent, dans un premier temps, au dépistage des enfants à risque et, dans un deuxième temps, au suivi préventif individualisé en deux rencontres. Ainsi, environ 885 enfants de la maternelle ont été dépistés et 218 d'entre eux ont été considérés à risque et ont reçu un suivi individualisé. Cela représente 25 % des enfants dépistés, ce qui se compare à la moyenne provinciale.

Programme « Scellants »

Un total de 290 enfants de 2e année, de notre région, ont reçu des scellants sur leurs premières molaires permanentes, soit :

- 36 à Port-Cartier;
- 50 dans Manicouagan;
- 33 en Haute-Côte-Nord;
- 52 en Minganie;
- 64 à Sept-Îles;
- 55 à Fermont.

TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

TRAUMATISMES LIÉS À L'USAGE DU RÉSEAU ROUTIER

Véhicules lourds et sécurité routière

En 2011-2012, les principales actions de prévention ont été réalisées en collaboration avec les membres de la Table de concertation en sécurité routière et du comité de sécurité de la route 389, sous l'égide de la Direction de la Côte-Nord de Transports Québec. La sensibilisation auprès des usagers et des camionneurs a été réalisée sous la thématique de la vitesse au volant.

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT À DOMICILE

Cinq CSSS ont des professionnels de la santé (kinésiologues, physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique) habilités à animer le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED). Outiller l'ensemble des CSSS à offrir ce programme est une priorité pour l'Agence.

Pour l'ensemble de la Côte-Nord, une centaine d'aînés ont suivi ce programme. Les participants ont apprécié le programme, qui leur a permis de se familiariser avec diverses techniques afin de se protéger des situations à risque.

Par ailleurs, des résultats très positifs ont été obtenus au CSSS de Sept-Îles dans le cadre du projet pilote d'adaptation et simplification du Tai Ji, toujours en lien avec la prévention des chutes chez les personnes âgées de plus de 65 ans. La production d'un outil pédagogique audiovisuel, accompagné d'un guide en vue de former des animateurs Tai Ji, est en cours. Cette démarche permettra ainsi d'étendre l'offre de ce service aux autres CSSS.

TRAUMATISMES LIÉS AUX BLESSURES À DOMICILE CHEZ LES ENFANTS

L'Agence poursuit son partenariat avec le CPRCN afin de réaliser un projet de prévention des traumatismes domiciliaires non intentionnels chez les enfants, basé sur la distribution d'une trousse contenant des dispositifs de sécurité (détecteurs de fumée, cache-prise de courant, tapis de bain, etc.).

DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

Six ministères (Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ), de la Famille et des Aînés (MFA), des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du Territoire (MAMROT), des Transports du Québec (MTQ) et de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS)) se sont engagés, en collaboration avec le MSSS, à déployer plus de 70 actions à portée provinciale, régionale et locale. Sur la Côte-Nord, les stratégies utilisées pour assurer l'implantation de ces actions sont nombreuses.

En 2011-2012, les travaux ont permis de recentrer les actions pour créer la Table intersectorielle régionale sur les saines habitudes de vie. Les actions de cette nouvelle instance permettront d'actualiser le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

La Direction de santé publique assure une réponse en santé environnementale et agit dans ce domaine d'activité en se référant aux différents éléments du milieu environnemental susceptibles de porter atteinte à la santé. On y traite, entre autres, de la qualité de l'eau potable, de la pollution de l'air intérieur et extérieur, de la contamination des sols de même que du maintien sécuritaire de milieux habités.

La prévention des risques est également abordée lors des avis que la Direction de santé publique est invitée à transmettre dans le cadre de l'évaluation des incidences environnementales de différents projets soumis à l'étude, tout en ayant comme toile de fond des écosystèmes sains pour la population.

Voici les faits saillants de l'année 2011-2012 :

- Assurer une réponse dans 22 dossiers sur le plan de la qualité de l'air intérieur (moisissures, radon) directement auprès de citoyens et d'organismes locaux (habitations à loyer modique, municipalités) ou régionaux (commission scolaire).
- Assurer une réponse pour les contaminations environnementales hors du commun, telles que la problématique d'eau potable dans le parc Murray à Pointe-Lebel (maisons mobiles).
- Participer et collaborer à des comités régionaux et nationaux, afin de bien cerner les enjeux environnementaux en lien avec la santé des Nord-Côtiers, notamment l'érosion des berges, l'eau potable, la qualité de l'air intérieur et extérieur, les changements climatiques, les cyanobactéries, l'uranium et le radon.
- Analyser d'un point de vue de santé publique la recevabilité de trois études d'impact environnemental et l'acceptabilité de quatre projets, puis assurer le suivi de quatre autres projets (correspondances, addenda, suivi environnemental, etc.).
- Maintenir la surveillance des réseaux d'eau potable de la Côte-Nord en collaboration avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP) (avis de non-conformité, demande de correction, mise aux normes de réseaux d'eau potable, avis de santé publique pour des problématiques particulières).
- Surveiller les 45 réseaux d'alimentation en eau potable ayant eu des dépassements de normes sur la qualité physicochimique ou bactériologique et s'assurer que les nouveaux avis d'ébullition (54 incluant les avis préventifs) soient communiqués à la population et à Info-Santé.
- Maintenir la surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine environnementale et assurer 24 enquêtes épidémiologiques lors de déclarations.
- Analyser les modifications de quatorze projets de règlement de MRC, trois étant associés aux schémas d'aménagement de la Manicouagan et de la Haute-Côte-Nord.
- Analyser et faire des recommandations relativement au Plan directeur de l'eau de la rivière des Escoumins, des portraits des Organismes de bassins versants de Duplessis et de Manicouagan et du diagnostic de ce dernier.
- Entretenir un partenariat avec le Conseil régional de l'environnement de la Côte-Nord pour des activités de promotion et de sensibilisation concernant divers dossiers (site Internet, campagne « Défi Climat »).
- Assurer l'implantation de diverses actions prévues dans le plan d'action associé à la politique environnementale de l'Agence.
- Participer aux travaux du réseau environnemental regroupant huit établissements du réseau de la santé, incluant l'Agence.
- Participer aux travaux du réseau provincial de développement durable du réseau de la santé.

SANTÉ AU TRAVAIL

Le mandat du Service de santé au travail consiste à offrir des activités de prévention, de protection et de promotion de la santé pour des problèmes reliés à l'environnement de travail. Ces activités sont planifiées dans un programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE), en collaboration avec les représentants de l'employeur et des travailleurs de l'entreprise. Au 31 décembre 2011, 324 entreprises des secteurs prioritaires bénéficient d'un PSSE sur une possibilité de 656 entreprises potentiellement à desservir[1].

Depuis le nouveau plan d'organisation mis en place à la fin de l'année 2011, tous les intervenants du Service de santé au travail sont désormais des employés de l'Agence. Le plan d'organisation prévoit 27,4 intervenants dont 17 à l'équipe d'intervention, soit six techniciens en hygiène industrielle, neuf infirmières et 2,4 médecins.

Voici la synthèse des principales activités réalisées au cours de l'année par les intervenants de l'équipe de santé au travail.

Tableau 22 - Activités du programme de santé au travail réalisées dans les entreprises de la région

Activité	Nombre
Connaissance préalable de l'entreprise	22
Élaboration de programmes de santé	10
Mise à jour de programmes de santé	18
TOTAL	**50**
Intervention générale	38
Ergonomie	18
Soutien à l'organisation santé et sécurité au travail (SST)	15
Surveillance environnementale	73
Surveillance médicale	67
Formation/Information	62
Premiers secours et premiers soins	166
TOTAL	**439**
GRAND TOTAL	**489***

* Ces activités ont été réalisées dans 256 entreprises différentes.

En plus de ces activités de base, les intervenants en santé au travail ont effectué en 2011 :

- 523 analyses de postes dans le cadre du programme « Pour une maternité sans danger »;
- Six enquêtes sur les MADO;
- Quinze demandes de service provenant des employeurs ou des travailleurs dans la majorité des cas.

Les activités réalisées dans les entreprises de la Côte-Nord ont un impact sur des milliers de travailleurs. Sensibilisés et mieux informés sur les risques et les agresseurs présents dans leur milieu de travail, les travailleurs et leurs employeurs sont invités à prendre en charge leur santé. La réduction à la source de l'exposition aux divers contaminants demeure l'objectif à atteindre.

Le Service de santé au travail a publié au cours de l'année trois éditions du bulletin « Santé en têtes » à l'intention des milieux de travail de la région.

Les intervenants de santé au travail ont bénéficié de 180 heures de formation au cours de l'année.

1. Les ententes de gestion signées avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) pour l'année 2011 limitent les interventions du réseau de santé publique en santé au travail aux entreprises des secteurs d'activité identifiés par la CSST.

MALADIES INFECTIEUSES

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE ET AUTRES SIGNALEMENTS

Au cours de l'année 2011, la Direction de santé publique de la Côte-Nord a enregistré, au fichier provincial, 408 MADO d'origine infectieuse, comparativement à 324 en 2010. Cette augmentation est attribuable principalement à la chlamydiose génitale représentant à elle seule 75 % des MADO déclarées (annexe C).

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

- Le nombre de cas de chlamydiose génitale a connu une augmentation de 30 % par rapport à 2010. Cette hausse se remarque principalement chez la population non autochtone (79 % des cas déclarés).
- De sept cas en 2010, le nombre d'infection gonococcique a chuté à un cas en 2011.
- Deux cas de syphilis primaire ont été déclarés tout comme en 2010.
- Neuf nouveaux cas d'hépatite C ont été déclarés en 2011, comparativement à sept en 2010 et deux cas d'hépatite B chronique, alors qu'il n'y avait eu aucun cas en 2010.

MALADIES ENTÉRIQUES

- Le nombre de cas de maladies entériques a légèrement diminué en 2011 et représente 13 % des MADO déclarées comparativement à 15 % en 2010. La salmonellose, les infections à *Campylobacter* et la giardiase ont été les plus fréquemment déclarées.
- Un cas de shigellose dont l'acquisition a été reliée à un voyage en Afrique a été rapporté.

MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

- Infection invasive à *Haemophilus influenzae* (Hi) : Un cas a été déclaré chez un adulte, mais le typage n'a pu être précisé. Rappelons que des interventions spécifiques sont effectuées lorsque le type b est identifié, particulièrement chez les enfants.
- Infection invasive à pneumocoque : Sur les 22 cas enregistrés, un seul concernait un enfant âgé de moins de 5 ans. Cet enfant, âgé de 3 mois, n'était pas vacciné contre le pneumocoque.
- Infection à méningocoque : Trois cas d'infections invasives à méningocoque (deux méningites et une méningococcémie) du sérogroupe B ont été déclarés. Les enquêtes réalisées auprès de ces cas ont permis d'identifier un total de 21 contacts étroits qui ont tous reçu un traitement préventif. Actuellement, il n'y a pas de vaccin disponible contre le sérogroupe B au Canada.

AUTRES MADO ET SIGNALEMENTS

- Infection invasive à streptocoque du groupe A : Six cas ont été déclarés en 2011 (dont deux sévères) comparativement à trois en 2010.
- Tuberculose : Deux cas de tuberculose pulmonaire ont été déclarés. Une prophylaxie à l'isoniazide (INH) a été recommandée pour quatre des quatorze contacts significatifs identifiés.
- Malaria : Un cas de malaria a été déclaré. La maladie aurait été contractée lors d'un voyage dans une région à risque.
- Toxi-infection alimentaire (TIA) : Cinq TIA ont été déclarées à la Direction de santé publique, impliquant entre deux et sept personnes. Un repas au restaurant était soupçonné dans la majorité des cas. Toutefois, aucune source n'a été confirmée.
- Infection à Hantavirus : Un cas d'infection à Hantavirus a été déclaré. L'infection aurait été contractée pendant un séjour en Saskatchewan effectué dans le cadre d'un travail en milieu forestier.

ÉCLOSIONS

- Salmonellose : Une éclosion de salmonellose associée à un repas communautaire est survenue dans une petite communauté. Plus de 50 des 150 participants ont présenté des symptômes compatibles avec la salmonellose dans les jours qui ont suivi. Les prélèvements effectués chez certains d'entre eux ont confirmé la présence de *Salmonella enterica*. L'investigation n'a pas permis d'identifier précisément l'aliment en cause.
- Gastroentérite d'allure virale : Les CSSS ont rapporté huit éclosions de gastroentérite d'allure virale en 2011. Cinq éclosions ont sévi sur des unités de soins de courte durée tandis que les trois autres sont survenues sur des unités de soins de longue durée.
- Diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD) : Une éclosion de DACD sur une unité de soins de courte durée a été signalée par un établissement de soins de la région. Au total, cinq cas ont pu être reliés épidémiologiquement. Un resserrement des mesures d'hygiène, de salubrité et de prévention et contrôle des infections (PCI) a permis de contenir l'éclosion.
- Syndrome d'allure grippale (SAG) : Après une année 2010 plutôt calme, les virus respiratoires ont été actifs en 2011. En effet, le réseau de la santé nord-côtier a rapporté un total de huit éclosions, soit six en milieu de soins de longue durée, un en courte durée et un dans une résidence pour personnes âgées. La présence de l'Influenza a été confirmée dans quatre éclosions. Le nombre important d'éclosions en 2011 rappelle la nécessité d'appliquer rigoureusement l'étiquette respiratoire dans les milieux de soins et d'obtenir une couverture vaccinale élevée afin de protéger la clientèle vulnérable et les travailleurs de la santé.
- Gale : Deux éclosions de gale ont été signalées dans des milieux fermés. La première a touché différentes missions d'un CSSS ainsi qu'une ressource intermédiaire située sur son territoire. Elle s'est échelonnée sur plusieurs mois et a nécessité de nombreuses interventions auprès du cas index et des trois cas secondaires. L'autre éclosion est survenue en milieu carcéral.
- *Staphyloccus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) communautaire : La Direction de santé publique a débuté, en novembre 2011, une investigation concernant un agrégat d'infections à SARM signalé dans l'est de la région. Cette investigation est toujours en cours.

MORSURES ANIMALES

En 2011, la Direction de santé publique de la Côte-Nord a reçu 42 signalements de morsures animales, comparativement à 31 en 2010. La majorité des morsures (75 %) a été causée par des animaux domestiques (chien, chat). Une chauve-souris, un renard, une marmotte et un couguar ont été impliqués dans les autres événements. L'administration d'une immunisation préventive a été recommandée à 19 personnes exposées.

VACCINATION

OPÉRATION ROUGEOLE

Le réseau de la santé, en collaboration avec le réseau scolaire, a entrepris, en novembre 2011, une opération de vaccination de rattrapage dans toutes les écoles primaires et secondaires du Québec. Cette décision a été prise dans le contexte de l'éclosion de rougeole qui s'est déroulée principalement au cours de l'hiver et du printemps 2011 et au fait que le nombre de personnes vaccinées au Québec (environ 80 %) était insuffisant à ce moment pour empêcher la circulation de la maladie. Ainsi, 735 cas ont été déclarés au cours de l'année dernière et près de 80 % d'entre eux étaient considérés non protégés contre la rougeole. La majorité des cas rapportés étaient des jeunes âgés de 10 à 19 ans. Aucun cas confirmé n'a été déclaré dans la région.

L'objectif était de vacciner les élèves et les intervenants en milieu scolaire qui n'avaient pas reçu les doses de vaccin requises ou ceux qui ne possédaient pas de preuve de vaccination ou de maladie. Les activités se sont poursuivies en 2012 et les couvertures vaccinales seront disponibles à la fin de l'année scolaire 2011-2012.

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Objectifs de résultats	Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, tel qu'il est prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)

Indicateur		Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.1.14	Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1re dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib* en dedans de deux semaines du moment prévu au calendrier régulier du PIQ	-	85,0 %	87,4 %
1.1.15	Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C en dedans de deux semaines du moment prévu au calendrier régulier du PIQ	-	85,0 %	77,1 %
1.1.16.1	Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1re dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) en dedans de deux semaines du moment prévu au calendrier régulier du PIQ	-	85,0 %	77,0 %

Commentaires

La situation des retards dans la prise de rendez-vous prive les enfants d'une protection efficace à un âge où les risques de complications sont les plus importants. Il est donc essentiel que le rendez-vous soit donné dans les deux semaines qui suivent l'âge prévu au calendrier vaccinal. Afin d'assurer la protection adéquate d'une population vulnérable, des indicateurs de gestion ont été développés et sont suivis depuis quelques années. Rappelons qu'il s'agit d'un résultat de performance de services rendus dans les délais prescrits dans le CSSS et non d'un résultat de couverture vaccinale. Ces deux mesures ne peuvent être comparées.

Il est important de préciser qu'il est impossible de comparer les résultats obtenus en 2011-2012 avec ceux des années antérieures, puisque les délais prescrits sont passés d'une à deux semaines pour les indicateurs 1.1.14 et 1.1.15 avec une cible à 85 % au lieu de 75 %. De plus, l'indicateur 1.1.16 (1re dose du vaccin contre le pneumocoque) a été remplacé par l'indicateur 1.1.16.1 (1re dose du vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons).

Analyse des résultats

En 2011-2012, au plan régional, seul le résultat concernant la vaccination prévue à l'âge de 2 mois (indicateur 1.1.14) atteint la nouvelle cible. Les cibles ne sont pas atteintes dans le cas de la vaccination contre le méningocoque ni contre la rougeole, la rubéole et les oreillons prévue à l'âge de 12 mois.

Au plan local, trois CSSS sur sept atteignent ou dépassent l'objectif de 85 % pour la vaccination DCaT-Polio-Hib, un seul pour la vaccination contre le méningocoque, aucun pour la vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons. Les résultats varient entre 65,6 % et 91,6 %. Certains établissements justifient la non-atteinte de l'objectif visé par le fait que le calendrier vaccinal prévoit l'administration simultanée de plus d'un vaccin lors des visites prévues faisant en sorte que des parents refusent la vaccination ou préfèrent reporter une injection. Parfois, certains rendez-vous doivent être retardés à la demande des parents ou sont oubliés par ces derniers. Des difficultés sont également notées concernant la vaccination dans les petites municipalités où le service n'est pas offert à toutes les semaines. D'autres ont mentionné que leur disponibilité pour effectuer la vaccination n'était pas suffisante, voire même non adaptée à certaines clientèles.

Au cours de la dernière année, les CSSS ont mis en place (ou consolidé) les activités prioritaires prévues au Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec élaboré par l'INSPQ, soit :

1. Rappel à tous les parents de nouveau-nés de prendre le rendez-vous de vaccination à 2 mois.
2. Relance des enfants non vaccinés à l'âge de 2 mois à la suite du rendez-vous manqué.
3. Ajout de plages horaires.
4. Rappel en 4e année du primaire pour formulaires non signés et relance pour enfants non vaccinés (formulaires signés).

Les activités d'implantation ont été ralenties dans notre région en raison de la surcharge de travail occasionnée par l'opération de vaccination contre la rougeole en milieu scolaire qui s'est déroulée au cours de l'automne et de l'hiver. Aussi, l'implantation est plus complexe dans certains CSSS où parfois une seule infirmière est disponible pour accomplir plusieurs tâches (ex. : périnatalité, scolaire, soins à domicile, etc.). L'évaluation de l'implantation des activités dans les CSSS sera effectuée par l'INSPQ au cours des prochaines semaines.

* Vaccin combiné contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et l'infection à *Haemophilus influenzae* de type b.

COUVERTURE VACCINALE

Plus de 95 % des enfants âgés de 2 ans ont reçu les vaccins prévus au calendrier régulier d'immunisation.

En milieu scolaire, la couverture vaccinale a été évaluée pour les jeunes de la maternelle, de la 4e année du primaire et de 3e secondaire. Entre 94 % et 99 % de ces jeunes sont adéquatement vaccinés pour leur âge, sauf pour les infections à méningocoque en 4e année (85 %). Ce taux est inférieur à l'objectif visé de 95 % et s'explique par le fait que la définition d'une vaccination adéquate pour l'âge a été modifiée au cours des dernières années. Ainsi, les enfants vaccinés avant l'âge d'un an (au moment de la campagne de vaccination massive contre les infections à méningocoque en 2001) ne sont plus considérés adéquatement vaccinés.

Le programme de vaccination contre l'hépatite B en 4e année du primaire est en vigueur depuis 1994. Plus de 93 % des élèves ont reçu les deux doses prévues au calendrier vaccinal (objectif : 90 %).

Enfin, concernant le programme de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) offert aux filles, plus de 91,4 % des jeunes filles de la 4e année (objectif : 90 %) et 85,7 % de celles de 3e secondaire (objectif : 85 %) ont accepté la vaccination offerte.

VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA SAISONNIÈRE

En 2011, la campagne de vaccination menée par les établissements du réseau de santé nord-côtier a permis d'administrer plus de 23 450 doses de vaccin contre l'influenza saisonnière, soit 1 290 doses de plus que l'an dernier. Pour la deuxième année, les personnes qui résident dans des localités ou des communautés isolées et éloignées ont été incluses dans les clientèles cibles du programme de vaccination. Ainsi, le vaccin a été offert gratuitement à toute la population des territoires de la Minganie, de la Basse-Côte-Nord, de Fermont, de Schefferville et de Kawawachikamach.

L'évaluation de la couverture vaccinale révèle que 90,6 % des résidents vivant dans les milieux de soins de longue durée (93,6 % l'an dernier), 54,8 % des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant en milieu ouvert (51,2 % l'an dernier) et 56 % des travailleurs de la santé ont été vaccinés cette année (41,7 % l'an dernier). Pour les personnes vivant dans les territoires isolés ou éloignés, on estime que 25 % de l'ensemble de cette population a reçu le vaccin. L'objectif visé est de 80 %.

MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES À LA SUITE D'UNE VACCINATION

Au cours de l'année 2011, la Direction de santé publique de la Côte-Nord a inscrit 27 déclarations de manifestations cliniques survenues après une vaccination au fichier provincial de surveillance. La majorité des manifestations présentées était bénigne et s'est résolue progressivement. À noter que près de 50 000 doses de vaccin sont administrées annuellement sur la Côte-Nord.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE - INFECTIONS NOSOCOMIALES

INFIRMIÈRES EN PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Au 31 mars 2012, tous les CSSS de la région (7/7) atteignent le ratio d'infirmières en PCI, tel qu'il est recommandé par la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN).

Toutefois, le maintien de cet équilibre est précaire en raison notamment des mouvements de main-d'œuvre importants (absence maladie, congé de maternité, congé sans solde, etc.) dans plusieurs établissements.

TABLE RÉGIONALE EN PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

La TRPIN, qui existe depuis six ans, est une instance qui soutient le travail des équipes locales en prévention et contrôle des infections en favorisant l'harmonisation des pratiques, en permettant le partage d'outils et l'échange sur des problématiques particulières. Elle a également le mandat d'adresser tout enjeu régional majeur au président-directeur général de l'Agence.

Au cours de la dernière année, la TRPIN a notamment recommandé la participation des nouvelles infirmières en PCI à la formation de base dispensée par l'Université de Sherbrooke et la tenue d'une formation régionale destinée aux responsables en hygiène et salubrité des CSSS. Les membres ont également dressé le portrait de la disponibilité des chambres d'isolement respiratoire dans les CSSS et réalisé une projection des besoins afin de prioriser les prochains projets à déployer.

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Objectifs de résultats	4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis

Indicateur		Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
PS 1.01.19	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis	-	DACD 90 % Bac. *S. aureus* 90 %	DACD 100 % Bac. *S. aureus* 100 %

Commentaires

Engagement régional 1 : Poursuivre la réalisation des activités prévues au Plan d'action en prévention et contrôle des infections (PCI) nosocomiales (plan intégré régional et local) découlant du Plan d'action provincial en PCI

Tous les CSSS (7/7) ont collaboré à la rédaction du bilan final d'implantation des activités prévues au Plan d'action en prévention et contrôle des infections nosocomiales 2008-2011. Un taux d'implantation régional de 85 % (gain de 18 % par rapport à l'évaluation à mi-parcours) confirme les efforts déployés par les différents acteurs impliqués dans la lutte contre les infections nosocomiales tant à l'échelle régionale que locale. Le plan est actuellement en révision et précisera les activités à déployer ou à consolider au cours des trois prochaines années (2012-2015), en continuité avec le plan provincial.

Engagement régional 2 : 90 % des établissements visés par la surveillance des DACD et des bactériémies à *Staphylococcus aureus* (incluant le SARM)

Sur la Côte-Nord, deux CHSGS répondent aux critères de participation de deux des trois programmes de surveillance obligatoire visés par la planification stratégique, soit la surveillance des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) et des bactériémies à *Staphylococcus aureus* incluant le *S. aureus* résistant à la méthicilline (SARM).

DACD - Analyse

Selon les informations disponibles sur le portail de l'INSPQ, les deux CHSGS participants appartiennent à la catégorie des installations de moins de 100 lits ayant une proportion de personnes âgées de 65 ans et plus inférieure à 35 %*. Comme il est convenu dans l'entente de gestion, la planification régionale a été basée sur ces paramètres et la reddition de comptes a été effectuée en conséquence.

Le taux d'incidence établi par les experts (seuil) pour cette catégorie est de 2,7 par 10 000 jours-présence (IC 95 % [1,8; 3,8]). Selon les taux annuels transmis le 1er juin par l'INSPQ, la cible est atteinte par 100 % des établissements pour ce programme.

Une vigie régulière des données de surveillance saisies par les établissements sur le portail du l'INSPQ et des données hebdomadaires transmises aux directions de santé publique par le MSSS ont permis de constater une augmentation du nombre de cas de DACD et du taux d'incidence pour un CHSGS au cours de l'automne 2011. Dès le début de l'éclosion, un suivi auprès

* Une erreur dans la catégorisation d'un établissement a été notée dans le document de l'INSPQ présentant les résultats pour l'année 2010-2011, daté du 2 juin 2011. L'erreur a été soulignée à l'INSPQ au cours de l'automne 2011 et la correction devait être apportée. Toutefois, les résultats pour l'année 2011-2012, transmis le 1er juin dernier, contiennent la même erreur. Même en tenant compte de cette catégorisation, la cible est atteinte et le résultat régional demeure le même.

Commentaires (suite)
de l'établissement a permis de mettre en lumière certaines lacunes, de confirmer que les mesures nécessaires avaient été renforcies et que des actions à moyen terme étaient planifiées pour corriger la situation. À la fin de l'année, l'établissement atteignait des taux inférieurs au seuil établi. Bactériémies à *S. aureus* (incluant le SARM) - Analyse Les deux CHSGS participants appartiennent à la catégorie des installations non universitaires de moins de 250 lits. Le taux d'incidence établi par les experts (seuil) pour cette catégorie est de 0,56 par 10 000 jours-présence. Selon les données de surveillance des CHSGS saisies sur le portail de l'INSPQ et les résultats annuels transmis le 1er juin par l'INSPQ, les établissements n'ont rapporté aucune bactériémie à SARM, ce qui permet de confirmer que la cible est atteinte par 100 % des établissements pour ce programme.

FORMATION

Une formation sur la sexualité et les drogues chez les jeunes en difficulté a eu lieu à Sept-Îles au printemps 2011 et rejoint une vingtaine de participants du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Le but était d'habiliter les intervenants jeunesse à promouvoir chez les jeunes en difficulté l'adoption de comportements responsables et sécuritaires par rapport à la sexualité et à la consommation d'alcool et de drogues dans le but de prévenir des ITSS et les grossesses précoces.

BULLETIN DE SANTÉ PUBLIQUE

Au cours de l'année, le Service des maladies infectieuses a produit et publié trois bulletins « Contamine-Action ». Ces bulletins sont disponibles sur le site Web de l'Agence.

SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Les activités de surveillance et d'évaluation portent sur la production et la diffusion d'études et d'évaluations en santé publique ainsi que sur une assistance conseil auprès du réseau de la santé et des services sociaux.

Voici les principales réalisations de l'année :

- Dans le cadre de la quatrième Enquête Santé Côte-Nord, travaux préparatoires en vue de la réalisation du sondage téléphonique par la firme Léger Marketing qui a eu lieu entre mai et août 2011.
- Révision des rapports préliminaires d'analyse (rapport régional et rapports par RLS) produits par la firme Léger Marketing en lien avec les principaux résultats de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010.
- Production de deux numéros de « La santé recherchée », soit « Prévalence et incidence du diabète chez les personnes de 20 ans et plus sur la Côte-Nord, 2000-2001 à 2008-2009 » et « Défavorisation matérielle et sociale sur la Côte-Nord et dans ses territoires de RLS en 2006 ».
- Production des trois premiers numéros d'un nouveau bulletin de santé publique en surveillance de l'état de santé de la population « La Santé recherchée : en bref ».
- Mise à jour de fichiers du système d'information de surveillance de l'état de santé de la population nord-côtière (naissances, décès, Med-Écho (admissions hospitalières), tumeurs, mortinaissances).
- Diffusion du volet « Contexte démographique » du Portrait de santé et de bien-être de la population de la Côte-Nord.
- Traitement de diverses demandes (assistance-conseil, avis méthodologique, production, analyse ou révision statistique) en surveillance et en recherche formulées par des professionnels de l'Agence, des établissements du réseau nord-côtier ou des partenaires.

L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

QUALITÉ DES SERVICES

SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Tous les établissements de la Côte-Nord, à l'exception du CLSC Naskapi, déclarent les incidents ou les accidents survenus dans la prestation des soins et des services aux usagers. L'analyse de ces informations vise à diminuer la récurrence et améliorer la qualité des soins et des services. De plus, ces données servent à constituer un registre local ainsi qu'à alimenter le registre national sur la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux. Quant au CLSC Naskapi, il est prévu qu'en 2012, les intervenants sur place participent à une formation afin d'être en mesure d'identifier les incidents ou accidents survenant dans leur établissement.

Dans la dernière année, l'Agence a participé aux rencontres de la Table des répondants principaux de la qualité, animées par le MSSS, permettant ainsi de soutenir les établissements du réseau nord-côtier dans ce dossier.

AGRÉMENT

L'agrément constitue la reconnaissance par une autorité externe compétente qu'un établissement est engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de ses services. L'agrément fait suite à l'évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles en fonction des meilleures pratiques pour améliorer la qualité des services. En participant au programme d'agrément, un organisme démontre clairement sa volonté d'offrir des soins et des services de qualité ainsi que son engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité.

En 2011-2012, les CSSS de la Basse-Côte-Nord et de l'Hématite ont été agréés ou leur agrément a été renouvelé.

SUIVI DES RAPPORTS DU CORONER

Au cours de l'année, les coroners ont émis des recommandations dans leurs rapports d'enquête et fait part de certaines attentes envers le réseau de la santé.

En 2011-2012, l'Agence a entrepris les démarches suivantes :

- À la suite du rapport d'investigation relativement à un décès survenu en 2010 à Forestville, l'Agence a transmis la recommandation au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CSSS de la Haute-Côte-Nord afin qu'il assure l'analyse des actes médicaux posés et qu'il formule, si nécessaire, des recommandations au conseil d'administration de l'établissement.
- Pour répondre à la recommandation du coroner Luc Malouin, à la suite d'un décès en 2010, l'Agence s'est assurée auprès du CSSS de Sept-Îles qu'un suivi et un plan soient mis en place, à court terme, afin de diminuer les risques d'accident à risque élevé à la Résidence Gustave-Gauvreau.

- En novembre 2011, l'Agence a bonifié les services ambulanciers à Port-Cartier grâce à l'ajout d'une ambulance de jour durant la fin de semaine. En plus d'assurer un service de qualité, cette couverture supplémentaire a contribué à répondre à la recommandation du coroner Bernard Lefrançois concernant un décès survenu en 2010 à Port-Cartier.

PRIX D'EXCELLENCE

Les Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux sont une tradition depuis plus de 30 ans. Le MSSS veut souligner les initiatives des gens de cœur et d'action qui mettent à profit leur sens de l'innovation et leur leadership pour améliorer de façon significative la qualité des soins et des services offerts à la population québécoise. La Côte-Nord a remporté un prix l'an dernier. Le Collectif de Sept-Îles pour la santé des femmes a obtenu un Prix d'excellence dans la catégorie « Soutien aux personnes et aux groupes vulnérables ». Cet organisme était en nomination grâce à son projet « La Maison du Collectif ». À un coût abordable, cette ressource accueille des femmes de la Basse-Côte-Nord, de la Minganie et de Fermont, ainsi que leur famille, durant les semaines précédant leur accouchement au CSSS de Sept-Îles. Ce projet unique au Québec a permis d'améliorer les conditions de vie des familles nord-côtières en facilitant et en adaptant le séjour nécessaire à la naissance du bébé loin du milieu de vie.

Ces Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux constituent une façon pour le MSSS et les agences de remercier les intervenants du réseau qui, à travers le flot des activités quotidiennes, innovent par leurs idées et leur détermination.

TRAITEMENT DES PLAINTES

Le régime d'examen des plaintes se veut un des outils pour améliorer la qualité des services et assurer le respect des droits des usagers. L'expression d'une plainte est une occasion de valider nos pratiques et de proposer des mesures pour les améliorer, le cas échéant.

Le nombre de plaintes reçues et conclues par les commissaires (local et régional) a connu une progression régulière au cours des trois dernières années. Les plaintes reçues ont augmenté de 33 % (+61) et celles conclues de 35 % (+62) au cours de cette période. Quant au nombre de plaintes reçues et conclues par les médecins examinateurs, celui-ci semble plutôt stable en évoluant autour d'une moyenne annuelle d'environ 35 plaintes reçues et 32 conclues.

Tableau 23 - Évolution du bilan régional des dossiers de plaintes et d'interventions (2009-2012)

Exercice	Commissaire			Médecin examinateur plainte		Transmis en deuxième instance	
	Plainte		Intervention				
	Reçue	Conclue*	Conclue	Reçue	Conclue	Protecteur du citoyen	Comité de révision
2011-2012	244	236	17	33	32	1	3
2010-2011	199	200	17	30	38	7	1
2009-2010	183	174	10	44	27	3	0

* Le nombre de plaintes conclues tient compte de celles reçues et en cours d'examen en début d'exercice.

Les plaintes adressées aux commissaires sont habituellement traitées à l'intérieur d'un délai de 45 jours (73 %) alors que celles adressées aux médecins examinateurs le dépassent dans la majorité des cas (90 %).

Le tableau suivant permet de prendre connaissance de la répartition des dossiers de plaintes et d'interventions reçues et conclues par les commissaires et médecins examinateurs de chaque établissement.

Tableau 24 - Bilan des dossiers de plaintes par établissement (2011-2012)

Établissement	Commissaire			Médecin examinateur plainte	
	Plainte		Intervention		
	Reçue	Conclue*	Conclue	Reçue	Conclue
CSSS de la Haute-Côte-Nord	34	35	1	3	6
CSSS de Manicouagan	50	45	6	13	9
CSSS de Port-Cartier	12	12	0	0	0
CSSS de Sept-Îles	96	97	1	12	15
CSSS de la Minganie	8	4	N/D	2	N/D
CSSS de la Basse-Côte-Nord	14	14	0	2	1
CSSS de l'Hématite	4	4	3	1	1
CPRCN	18	17	4	0	0
Agence	8	6	2	--	--
TOTAL	**244**	**234**	**17**	**33**	**32**

* Le nombre de plaintes conclues tient compte de celles reçues et en cours d'examen en début d'exercice.

Il est intéressant de constater que pour plus du tiers des plaintes examinées, les conclusions s'accompagnent de mesures d'amélioration. À cet égard, ce sont les motifs de plainte reliés aux soins et services dispensés qui sont davantage ciblés.

Tableau 25 - Bilan des dossiers conclus avec mesures par motif (2011-2012)

Motif de plainte/Conclusion avec mesures	Commissaire	Médecin examinateur	Total
Soins et services dispensés	24	4	28
Organisation du milieu et des ressources	17	0	17
Accessibilité	14	1	15
Relations interpersonnelles	12	1	13
Droits particuliers	7	2	9
Aspect financier	6	0	6
TOTAL	**80**	**8**	**88**

Enfin, en ce qui regarde plus spécifiquement les dossiers de plainte conclus avec mesures par le commissaire régional en cours d'exercice, celles-ci concernent les services préhospitaliers d'urgence et les organismes communautaires. Les motifs de plainte réfèrent au temps de réponse des ambulanciers (accessibilité) et à la compétence technique et professionnelle (soins et services dispensés) alors que pour les organismes communautaires, ce sont les services de transport bénévole qui sont concernés (soins et services dispensés).

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DES HOMMES

Un bilan des actions mises en œuvre dans le cadre des priorités gouvernementales en santé et bien-être des hommes a été acheminé au MSSS. Il comprenait notamment les données récentes sur les réalités des hommes sur la Côte-Nord et sur la situation des organismes œuvrant auprès de cette clientèle. Le genre masculin représente un groupe à risque au regard de certaines problématiques, telles que le suicide et la consommation abusive de psychotropes. Les demandes d'aide pour ces problématiques sont d'ailleurs en augmentation chez les trois organismes régionaux qui viennent en aide aux hommes. De plus, dans un contexte régional où le taux de violence conjugale figure parmi les plus élevés au Québec, la rupture amoureuse est un des principaux motifs de consultations des hommes.

ACCÈS AUX SERVICES EN LANGUE ANGLAISE

L'Agence doit élaborer, en collaboration avec les établissements, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la région. À la demande du ministre, l'Agence a procédé à la mise à jour complète de son programme qui a été adopté en février 2012 par le Conseil des ministres du gouvernement du Québec. Celui-ci a été introduit dans la région en 1989 et vise à faciliter l'accessibilité aux services à la population d'expression anglaise de la Côte-Nord.

Huit établissements de la région font partie du programme d'accès, soit six CSSS, le CPRCN et le CLSC Naskapi. Dans la région, seul le CSSS de la Basse-Côte-Nord est tenu de rendre tous ses services accessibles en anglais et en français. Dans le cas des autres établissements, ils sont en mesure d'offrir certains services en anglais par le biais de personnel bilingue ou de personnes pouvant agir comme interprète au besoin.

Un projet régional intitulé « Vaincre la barrière de la langue pour offrir des services de qualité à tous », financé par Santé Canada, s'est poursuivi pour une troisième année consécutive. Une somme de 275 000 $ a été attribuée à la région sur une période de quatre ans. Une ressource a été embauchée au CSSS de Sept-Îles afin d'agir comme interprète dans l'est de la région et soutenir les anglophones recevant des services dans cet établissement. Ce projet permettra d'améliorer les services en langue anglaise au sein des établissements qui desservent régulièrement une clientèle anglophone, soit les CSSS de Sept-Îles et de la Basse-Côte-Nord et le CPRCN. En lien avec ce projet, plusieurs traductions de documents en anglais ont aussi été réalisées.

Dans le cadre de l'Entente Canada-Québec, trois projets ont été présentés et acceptés. Un montant de 45 000 $ a été octroyé à la région, en 2011-2012, pour améliorer l'accessibilité aux informations sur les services offerts en langue anglaise en Basse-Côte-Nord, assurer une réponse anglophone pour le service régional Info-Social et traduire divers documents s'adressant notamment à la population nord-côtière et aux travailleurs de la santé.

En vertu du Programme de formation linguistique de l'Université McGill, financé par Santé Canada, des formations en langue anglaise ont été offertes auprès du personnel du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Cinq groupes ont été formés pour un total de 37 personnes.

Enfin, un autre projet a vu le jour dans le cadre du Programme de formation et maintien en poste des professionnels de la santé de l'Université McGill. Deux établissements ont présenté des projets. Un montant de 80 000 $ a été accordé aux CSSS de la Basse-Côte-Nord et de Sept-Îles sur une période de deux ans.

CHAPITRE III

LES INFORMATIONS FINANCIÈRES

LA SITUATION BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

L'équilibre budgétaire des établissements demeure un objectif prioritaire pour l'Agence. Un suivi est effectué tout au cours de l'exercice, en collaboration avec les établissements, pour réaliser cet objectif commun. La cible déficitaire autorisée de la Côte-Nord, pour l'exercice 2011-2012, est de 478 000 $ et concerne deux établissements, soit les CSSS de la Minganie et de Manicouagan. Les autres établissements ont l'obligation d'atteindre l'équilibre budgétaire.

Les CSSS de la Minganie et de l'Hématite n'ont pas été en mesure de respecter l'objectif d'équilibre ou de respect de la cible déficitaire pour l'exercice financier au 31 mars 2012.

Les objectifs de réduction de dépenses au regard de la loi 100 ont été respectés en 2010-2011. L'analyse des résultats démontrait une position favorable de notre région dans la poursuite du respect de la cible au terme de l'exercice 2013-2014. L'an dernier, les efforts se sont poursuivis dans une perspective d'optimisation afin de maintenir les économies déjà réalisées et d'en générer de nouvelles. À travers cette opération, les préoccupations de l'Agence à l'égard du maintien des services à la population demeurent constantes.

Le tableau qui suit témoigne des résultats finaux obtenus pour chaque établissement.

Tableau 26 - Situation budgétaire des établissements

	2011-2012			2010-2011		
	Revenu total ($)	Cible déficitaire autorisée ($)	Résultat ($)	Revenu total ($)	Cible déficitaire autorisée ($)	Résultat ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	20 178 465		71 464	19 329 768		46 356
CSSS de Manicouagan	79 911 017	(120 000)	649 416	73 727 704	(120 000)	(486 560)
CSSS de Port-Cartier	14 104 105		19 617	13 576 495		35 344
CSSS de Sept-Îles	75 235 670		742 080	71 501 187	(120 000)	(90 000)
CSSS de la Minganie	22 404 031	(358 000)	(520 820)	21 110 305	(358 000)	(240 664)
CSSS de la Basse-Côte-Nord	29 992 617		1 065 461	29 289 250		1 241 457
CSSS de l'Hématite	8 631 443		(329 923)	8 326 378		37 539
CLSC Naskapi	5 091 298		Équilibre	4 833 748	(253 998)	(86 873)
CPRCN	50 630 504		549	49 162 598		170 050
TOTAL	**306 179 150**	**(478 000)**	**1 697 844**	**290 857 433**	**(851 998)**	**626 649**

FONDS RÉGIONAUX

IMMOBILISATIONS

Les investissements en immobilisations se répartissent en trois volets.

MAINTIEN D'ACTIFS

Ce volet concerne les travaux de sécurité, de réparation et de vétusté ayant pour objet la sécurité des personnes et des biens ainsi que la conservation des immeubles. Ces travaux ponctuels sont financés par l'enveloppe régionale récurrente de maintien d'actifs immobiliers. Le maintien d'actifs porte plus particulièrement sur l'architecture extérieure et intérieure du bâtiment, les systèmes électriques et mécaniques ainsi que la conformité aux codes.

Pour les projets de maintien d'actifs, un montant de 8 308 975 $ a été réparti comme suit, pour l'exercice financier 2011-2012 :

Tableau 27 - Répartition du volet « maintien d'actifs »

Établissement	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	660 737
CSSS de Manicouagan	1 785 380
CSSS de Port-Cartier	253 655
CSSS de Sept-Îles	1 546 184
CSSS de la Minganie	653 119
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 635 176
CSSS de l'Hématite	349 917
CPRCN	390 652
Agence	203 258
Établissements de la Côte-Nord (réserve pour situations d'urgence, imprévus et réalisation d'études techniques)	830 898
TOTAL	**8 308 975**

De plus, les établissements suivants ont reçu une contribution de la réserve régionale 2011-2012 établie à 10 % de l'enveloppe :

Tableau 28 - Répartition de la réserve régionale 2011-2012 - Volet « maintien d'actifs »

Établissement	Projet	Montant ($)
CSSS de Sept-Îles	Entrée électrique et génératrices	160 000
	Service alimentaire	225 000
CSSS de la Minganie	Mise aux normes de la pharmacie	75 000
CLSC Naskapi	Compensation de sa quote-part	42 200
TOTAL		**502 200**
Solde non réparti		328 698
GRAND TOTAL		**830 898**

RÉNOVATION FONCTIONNELLE

Ce volet touche les travaux de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement visant à améliorer la qualité, l'efficience et la capacité des services, la création de milieux de vie et de soins ainsi que la diminution des infections nosocomiales.

Pour les projets de rénovation fonctionnelle, un montant de 3 106 708 $ a été réparti comme suit, pour l'exercice financier 2011-2012 :

Tableau 29 - Répartition du volet « rénovation fonctionnelle »

Établissement	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	128 191
CSSS de Manicouagan	328 210
CSSS de Port-Cartier	42 060
CSSS de Sept-Îles	332 908
CSSS de la Minganie	139 925
CSSS de la Basse-Côte-Nord	356 370
CSSS de l'Hématite	83 673
CPRCN	93 414
Agence	48 603
Établissements de la Côte-Nord (réserve pour priorités régionales)	1 553 354
TOTAL	**3 106 708**

De plus, les établissements suivants ont reçu une contribution de la réserve régionale établie à 50 % de l'enveloppe :

Tableau 30 - Répartition de la réserve régionale 2011-2012 - Volet « rénovation fonctionnelle »

Établissement	Projet	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	Implantation de deux chambres d'isolement respiratoire	105 000
CSSS de Manicouagan	Augmentation de la capacité en CHSLD à la résidence Boisvert	1 197 232
	Réaménagement du Centre mère-enfant	280 000
	Implantation d'un centre de dialyse	130 000
CSSS de Sept-Îles	SARDM phase 2 - Installation des cabinets de distribution à l'urgence	120 000
CLSC Naskapi	Compensation de sa quote-part	9 811
Agence	Frais de gestion	75 000
TOTAL		**1 917 043**
Utilisation des soldes reportés des exercices antérieurs		(363 689)
GRAND TOTAL		**1 553 354**

RÉNOVATION FONCTIONNELLE MINEURE EN CHSLD

Ce volet vise les travaux mineurs de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement permettant d'améliorer la qualité, l'efficience et la capacité des services ainsi que la création de milieux de vie et de soins en CHSLD.

Dans le cadre de ce programme, le MSSS a autorisé un montant de 354 000 $. En lien avec les recommandations effectuées à la suite des visites d'appréciation en CHSLD, l'Agence a priorisé les projets suivants :

Tableau 31 - Répartition du volet « rénovation fonctionnelle mineure en CHSLD »

Établissement	Projet	Montant ($)
CSSS de Manicouagan	Augmentation de la capacité en CHSLD à la résidence Boisvert	354 000
TOTAL		**354 000**

ÉQUIPEMENTS

Les investissements en équipements se répartissent en deux volets. Toutefois, l'an dernier aucune enveloppe pour la consolidation des services n'a été octroyée.

ENVELOPPE DE MAINTIEN D'ACTIFS 2011-2012

Pour les équipements, on définit le maintien d'actifs comme étant un investissement ponctuel pour permettre à l'établissement de continuer à offrir le même niveau de services à la population. Concrètement, cette enveloppe permet aux établissements de procéder au remplacement ou au rehaussement du mobilier, de l'équipement non médical et de l'équipement médical.

Dans le cadre de son Plan de conservation en équipement et mobilier (PCEM), le MSSS alloue de façon récurrente, à l'Agence, une enveloppe pour le volet « équipement médical » et une enveloppe pour le volet « équipement non médical et mobilier », visant le maintien du parc de tous les établissements publics de notre région.

Le MSSS a ainsi confirmé pour 2011-2012, des enveloppes qui sont respectivement de 3 744 161 $ pour l'équipement médical et de 1 057 026 $ pour l'équipement non médical et mobilier.

Conformément aux directives du MSSS, un minimum de 90 % de l'enveloppe pour le volet « équipement médical » et de 95 % pour le volet « équipement non médical et mobilier » doit être distribué aux établissements publics de la région, au prorata de la valeur de remplacement de leurs actifs. Par conséquent, comme il est permis, l'Agence a donc constitué, à même les soldes résiduels de ces deux enveloppes, deux réserves en vue de pourvoir à des problématiques particulières à cet égard.

Le financement disponible cette année pour constituer la réserve du volet « équipement médical » était de 394 122 $, tandis que celui pour la réserve du volet « équipement non médical et mobilier » était de 67 128 $.

Les tableaux suivants rendent compte de la répartition entre les établissements.

Tableau 32 - Répartition de l'enveloppe de maintien d'actifs
- Volet « équipement médical »

Établissement	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	365 761
CSSS de Manicouagan	936 752
CSSS de Port-Cartier	93 908
CSSS de Sept-Îles	904 035
CSSS de la Minganie	355 044
CSSS de la Basse-Côte-Nord	369 290
CSSS de l'Hématite	267 291
CLSC Naskapi	20 810
CPRCN	37 148
Établissements de la Côte-Nord (réserve pour situations d'urgence, imprévus et réalisation d'études techniques) : ✖ CSSS de Manicouagan - Financement partiel pour un échographe (61 500 $) ✖ CSSS de Sept-Îles - Financement partiel pour un échographe (92 500 $)	394 122
TOTAL	**3 744 161**

Tableau 33 - Répartition de l'enveloppe de maintien d'actifs
- Volet « équipement non médical et mobilier »

Établissement	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	72 961
CSSS de Manicouagan	253 437
CSSS de Port-Cartier	43 223
CSSS de Sept-Îles	246 073
CSSS de la Minganie	78 944
CSSS de la Basse-Côte-Nord	88 541
CSSS de l'Hématite	26 062
CLSC Naskapi	7 137
CPRCN	173 520
Établissements de la Côte-Nord (réserve pour situations d'urgence, imprévus et réalisation d'études techniques)	67 128
TOTAL	**1 057 026**

LOCATION D'ESPACE

Ce programme vise à permettre aux établissements non-propriétaires d'immeubles de disposer d'espace en location pour dispenser des services adéquats à la population. Il permet aussi de financer des travaux d'aménagement ou d'amélioration locative liés à un contrat de location. Une portion de l'enveloppe budgétaire sert aussi au financement du logement du personnel dans les villages isolés.

Les crédits nécessaires au financement de ces locations sont inclus dans l'enveloppe régionale, laquelle est répartie dans le budget de fonctionnement de chacun des établissements concernés.

De plus, comme l'obligation de loger le personnel découle strictement de l'application des conventions collectives, les opérations liées au logement du personnel ont été décentralisées vers les établissements.

Pour satisfaire aux obligations relatives à la location d'espace, un budget de 3 739 153 $ est nécessaire et il se répartit comme suit.

Tableau 34 - Répartition du budget de location d'espace

Établissement	Point de service et autres ($)	Logement de personnel ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	105 277	
CSSS de Manicouagan	25 890	
CSSS de Port-Cartier	28 431	
CSSS de Sept-Îles	3 018	
CSSS de la Minganie	192 352	160 008
CSSS de l'Hématite	16 407	513 605
CSSS de la Basse-Côte-Nord	105 354	1 007 671
CLSC Naskapi		217 688
CPRCN	1 332 858	30 594
TOTAL	**1 809 587**	**1 929 566**
GRAND TOTAL	**3 739 153**	

AUTORISATIONS D'EMPRUNTS

Dans le tableau qui suit figurent les catégories et le nombre d'autorisations d'emprunts temporaires accordés par le MSSS et l'Agence à l'ensemble des établissements publics de la région au 31 mars 2012, de même que les montants totaux autorisés ainsi que les montants réels des emprunts à cette date.

Tableau 35 - Autorisations d'emprunts

Catégorie d'emprunt	Nombre d'autorisations d'emprunts temporaires en vigueur	Montant autorisé au 31 mars 2012 ($)	Montant réel emprunté au 31 mars 2012 ($)
Exploitation (autorisé par le MSSS)	4	14 800 000	12 670 731
Immobilisations - projets autofinancés (autorisé par l'Agence)	6	471 677	471 677
Immobilisations - projets autofinancés - économie d'énergie (autorisé par le MSSS)	2	2 303 920	2 303 920
TOTAL		**17 575 597**	**15 446 328**

Le montant maximal d'emprunts temporaires que l'Agence peut autoriser pour les dépenses d'immobilisations à la charge du fonds d'exploitation est de 1 210 000 $ (ce plafond ne concerne pas les projets d'économie d'énergie).

LE RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public et les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

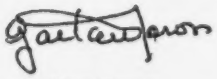
Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère comme nécessaire en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires, conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Mallette, comptables agréés, a procédé à l'audit des états financiers de l'Agence, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, et son rapport de l'auditeur expose l'étendue et la nature de cet audit et l'expression de son opinion. La firme Mallette, comptables agréés, peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Le président-directeur général
et directeur des finances par intérim,



Gaétan Garon

LE RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

MALLETTE

Mallette
SENCRL
Comptables agréés

229, boulevard Lasalle
Baie-Comeau (Québec) G4Z 1S7

Téléphone 418 296-9651
Télécopie 418 296-8454
Courriel info.bcomo@mallette.ca

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux administrateurs de
l'Agence de la Santé et des Services sociaux
de la Côte-Nord

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent les bilans résumés au 31 mars 2012 et les états résumés des résultats et des soldes de fonds du fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et des fonds affectés cumulés pour l'exercice terminé à cette date, sont tirés des états financiers audités de L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD pour l'exercice terminé le 31 mars 2012. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 7 juin 2012. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises conformément aux Normes comptables canadiennes du secteur public. Par conséquent, la lecture des états financiers résumés ne saurait se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de la Côte-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2012, constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités de l'Agence pour l'exercice terminé le 31 mars 2012. Les anomalies sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport d'audit du 7 juin 2012. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des services sociaux :

- les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire ne sont pas comptabilisés à l'état de la situation financière.

- les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Agence et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrats de location-acquisition.

Les incidences de ces dérogations aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2012 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Mallette[1]

Mallette
SENCRL

Baie-Comeau (Canada)
le 12 septembre 2012

[1] CPA auditrice, CA, permis de comptabilité publique n° A105323

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

RÉSULTATS

FONDS D'EXPLOITATION — Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉS

		Activités principales		Activités accessoires	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
REVENUS					
Subventions MSSS :					
→ Budget signifié	01	5 903 935	5 985 520	80 625	72 000
→ (Diminution) ou augmentation du financement	02	321 108	168 308		
→ Variation des revenus reportés - MSSS	03	(131 531)	14 709	(225)	1 162
→ Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	04		4 850		
Total (L.01 à L.04)	05	6 093 512	6 173 387	80 400	73 162
Revenus de placements	06	22 291	17 783		
Revenus commerciaux	07				
Revenus d'autres sources :					
→ Ventes de services et recouvrements	08	87 575	81 921		
→ Subventions du gouvernement du Canada	09				
→ Autres revenus	10	381 914	405 875	190 961	151 969
Total des revenus (L.05 à L.10)	11	6 585 292	6 678 966	271 361	225 131
CHARGES					
Salaires	12	3 349 855	3 358 457	158 248	134 282
Avantages sociaux	13	1 058 379	1 008 835	50 300	23 423
Charges sociales	14	468 901	452 291	24 543	16 845
Frais de déplacement et de représentation et dépenses CA (act. princ.)	15	151 044	138 929	1 197	11 077
Services achetés	16	463 395	473 048	30 400	38 927
Publicité et communication	17	133 895	145 090	479	577
Loyers	18	358 216	368 533		
Location d'équipement	19	22 485	30 180	2 640	
Fournitures de bureau	20	49 203	57 832	54	
Dépenses de transfert	21			3 500	
Créances douteuses	22				
Autres charges	23	282 821	208 587		
Charges extraordinaires	24			2 361	2 172
Total des charges (L.12 à L.24)	25	6 338 194	6 241 782	273 722	227 303
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.11 - L.25)	26	247 098	437 184	(2 361)	(2 172)

Renseignements à titre informatif seulement					
Contributions de l'avoir propre et interfonds :					
En provenance de l'avoir propre	27				
En provenance de fonds affectés	28				
En provenance du fonds des activités régionalisées	29		11 086		
En provenance du fonds de stationnement	30				
Affectées au fonds d'immobilisations	31	(236 046)	(173 017)		
Affectées au fonds de stationnement (c/a 8610)	32				
Affectées à d'autres fonds	33				
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.26 à L.33)	34	11 052	275 253	(2 361)	(2 172)

RÉSULTATS

FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES — Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	3 158 351	2 261 670
Variation des revenus reportés - MSSS	02	(1 560 510)	(643 804)
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	03		
FINESSS	04		
Contributions des établissements	05		
Revenus de placements	06	31 722	21 512
Revenus d'autres sources :			
→ Ventes de services et recouvrements	07	18 710	250 429
→ Subventions du gouvernement du Canada	08		
→ Autres revenus	09	468 353	246 644
Total des revenus (L.01 à L.09)	10	2 116 626	2 136 451
CHARGES			
Salaires	11	734 805	541 404
Avantages sociaux	12	145 878	125 246
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	13	37 621	26 624
Charges sociales - Autres	14	59 314	45 607
Frais de déplacement et de représentation	15	85 982	68 603
Services achetés	16	857 916	573 723
Publicité et communication	17	23 314	9 349
Loyers	18		
Dépenses de transfert	19	100 510	
Fournitures de bureau	20	8 134	21 460
Créances douteuses	21		
Autres charges	22	147 895	673 559
Total des charges (L.11 à L.22)	23	2 201 369	2 085 575
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.23)	24	(84 743)	50 876

Renseignements à titre informatif seulement			
Contributions de l'avoir propre et interfonds :			
En provenance de l'avoir propre	25		
En provenance du fonds d'exploitation	26	25 715	25 715
En provenance du fonds des activités régionalisées	27		
En provenance de fonds affectés	28	45 751	44 719
Affectées au fonds d'exploitation	29		(11 086)
Affectées au fonds des activités régionalisées	30		
Affectées à des fonds affectés	31		
Affectées au fonds d'immobilisations	32	(424 974)	
Autres transferts interfonds	33		(18 102)
Excédent (Déficit) après contributions de l'avoir propre et interfonds (L.24 à L.33)	34	(438 251)	92 122

RÉSULTATS

FONDS D'IMMOBILISATIONS — Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Ministère de la Santé et des Services sociaux :			
→ Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	163 770	552 877
→ Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt	02	1 069 711	1 179 823
Revenus de placements	03		
Gain sur disposition d'immobilisations	04	70 274	
Amortissement des revenus reportés :			
→ Subventions du gouvernement du Canada	05		
→ Autres contributions et dons	06		
Autres revenus	07		
Total des revenus (L.01 à L.07)	08	1 303 755	1 732 700
CHARGES			
Frais financiers :			
→ Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	09	1 074 733	1 183 463
→ Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	10		
→ Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	11	2 436	1 716
Dépenses d'immobilisations non capitalisables	12	768 062	75 000
Amortissement des immobilisations	13	712 618	588 640
Perte sur disposition d'immobilisations	14		
Autres charges	15		
Total des charges (L.09 à L.15)	16	2 557 849	1 848 819
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.08 - L.16)	17	(1 254 094)	(116 119)

Renseignements à titre informatif seulement : Contributions			
Contributions en provenance du :			
→ Fonds d'exploitation - Activités principales	18	236 046	173 017
→ Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires	19		
→ Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales	20		
→ Fonds des activités régionalisées	21	424 974	18 102
→ De fonds affectés	22	593 074	
→ Fonds de stationnement	23		
Contributions affectées à d'autres fonds	24		
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.17 à L.24)	25	(0)	75 000

RÉSULTATS

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS — Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
MSSS	01	15 764 789	15 299 880
Crédits régionaux	02		
Variation des revenus reportés - MSSS	03		
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	04		
FINESSS	05	1 123 097	
Revenus de placements	06	31 579	22 234
Revenus d'autres sources :			
→ Subventions du gouvernement du Canada	07		
→ Autres revenus	08	1 883 097	1 854 701
Total des revenus (L.01 à L.08)	09	18 802 562	17 176 815
CHARGES			
Dépenses de transfert	10	16 449 918	908 560
	11		
Frais financiers	12		
Charges d'exploitation :			
→ Salaires	13	178 233	50 366
→ Avantages sociaux	14	27 752	10 590
→ Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	15	8 638	2 675
→ Charges sociales - Autres	16	5 754	4 663
→ Frais de déplacement et de représentation	17	17 147	9 465
→ Services achetés	18	41 424	28 988
→ Location d'équipement	19	2 802	639
→ Fournitures de bureau	20	244	1 257
Autres charges	21	1 311 240	16 134 915
Total des charges (L.10 à L.21)	22	18 043 152	17 152 118
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.09 - L.22)	23	759 410	24 697

SOLDE DE FONDS

FONDS D'EXPLOITATION — Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉS

		Exercice courant			Exercice précédent
		Activités principales 1	Avoir propre 2	Total (C.1 + C.2) 3	Total 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	566 444	154 109	720 553	399 615
Additions (déductions)					
ACTIVITÉS PRINCIPALES :					
Excédent (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre) :	02	247 098		247 098	437 184
Transferts interfonds (provenance) :					
→ Contributions des fonds affectés	03				
→ Contributions du fonds des activités régionalisées	04				11 086
→ Contributions du fonds de stationnement	05				
Transferts interfonds (affectations) :					
→ Contributions au fonds d'immobilisations	06		(236 046)	(236 046)	(173 017)
→ Contributions à d'autres fonds	07				
ACTIVITÉS ACCESSOIRES :					
Excédent (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre) :	08		(2 361)	(2 361)	(2 172)
Transferts interfonds (provenance) :					
→ Contributions du fonds de stationnement	09				
Transferts interfonds (affectations) :					
→ Contributions au fonds d'immobilisations	10				
→ Contributions au fonds de stationnement (c/a 8610)	11				
→ Contributions à d'autres fonds	12				
AUTRES ÉLÉMENTS :					
Libération de surplus	13	(566 444)	566 444		
Contributions de l'avoir propre aux autres fonds	14				
Autres	15				47 857
Variation de l'exercice (L.02 à L.15)	16	(319 346)	328 037	8 691	320 938
Redressements demandés par le MSSS	17				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.16 + L.17)	18	247 098	482 146	729 244	720 553

SOLDE DE FONDS

FONDS D'IMMOBILISATIONS
ET FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉS

		Fonds d'immobilisations		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01			1 178 508	1 064 730
Additions (déductions)					
Excédent (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	(1 254 094)	(116 119)	(84 743)	50 876
Transferts interfonds (provenance) :					
→ Contributions du fonds d'exploitation	03	236 046	173 017	25 715	25 715
→ Contributions des activités régionalisées	04	424 974	18 102		
→ Contributions de fonds affectés	05	593 074		45 751	44 719
Transferts interfonds (affectations) :					
→ Contributions au fonds d'exploitation	06				(11 086)
→ Contributions au fonds des activités régionalisées					
→ Contributions à des fonds affectés	08				
→ Contributions au fonds d'immobilisations	09			(424 974)	(18 102)
Autres transferts interfonds	10				
Contribution de l'avoir propre aux autres fonds	11				
Autres additions (déductions)	12		(75 000)	(8 099)	21 656
Variation de l'exercice (L.02 à L.12)	13	(0)		(446 350)	113 778
Redressements demandés par le MSSS	14				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.13 + L.14)	15	(0)		732 158	1 178 508

SOLDE DES FONDS

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS — Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 710 222	1 726 607
Additions (déductions) Excédent (Déficit) de l'exercice	02	759 410	24 697
Transferts interfonds (provenance) : → Contributions du fonds d'exploitation	03		
→ Contributions des activités régionalisées	04		
→ Contributions de fonds affectés	05		
Transferts interfonds (affectations) : → Contributions au fonds d'exploitation	06		
→ Contributions au fonds des activités régionalisées	07	(45 751)	(44 719)
→ Contributions à d'autres fonds affectés	08		
→ Contributions au fonds d'immobilisations	09	(593 074)	
Transferts interfonds	10		
Autres additions (déductions)	11	(22 697)	3 636
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	97 888	(16 386)
Redressements demandés par le MSSS	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	1 808 110	1 710 221

BILAN

FONDS D'EXPLOITATION
ET FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉS

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
ACTIF		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
À court terme					
Encaisse	01	1 537 780	1 177 311	2 506 401	2 381 640
Placements temporaires	02				
Débiteurs :					
→ MSSS	03	176 440	49 339	2 779 061	1 648 835
→ FINESSS	04				12 834
→ Établissements publics	05	265	35 173	96 977	
→ Gouvernement du Canada	06				
→ Fonds d'exploitation	07				54 132
→ Fonds des activités régionalisées	08				
→ Fonds affectés	09				137
→ Autres débiteurs	10	192 080	200 123	52 936	182 549
Charges payées d'avance	11	45 752	55 182	600	44 714
Actifs incorporels et actifs non amortissables, excluant terrains	12				
Autres éléments	13	65 612			
Total - Actif à court terme (L.01 à L.13)	14	2 017 929	1 517 128	5 435 975	4 324 841
À long terme					
Subvention à recevoir - Provision pour vacances et congés de maladie	15	578 221	578 221	59 636	59 635
Autres éléments d'actif	16				
TOTAL DE L'ACTIF (L.14 à L.16)	17	2 596 150	2 095 349	5 495 611	4 384 476
PASSIF					
À court terme					
Découvert de banque	18			16 964	
Emprunts temporaires	19				
Intérêts courus à payer	20				
Autres créditeurs et autres charges à payer :					
→ MSSS	21				
→ Établissements publics	22	6 076	1 713	53 612	42 965
→ Fonds d'exploitation	23				
→ Fonds des activités régionalisées	24		54 132		
→ Fonds affectés	25			100 868	125 000
→ Salaires courus à payer	26	398 603	236 963	18 180	9 741
→ Fonds des services de santé (FSS) à payer	27	16 346	3 954		
→ Autres créditeurs	28	511 436	295 835	198 130	95 166
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	29				
Autres revenus reportés	30	321 409	205 023	4 287 168	2 853 266
Provision pour vacances et congés de maladie	31	613 036	577 176	88 531	79 830
Autres éléments	32				
Total - Passif à court terme (L.18 à L.32)	33	1 866 906	1 374 796	4 763 453	3 205 968
Dettes à long terme	34				1 178 508
TOTAL DU PASSIF (L.33 + L.34)	35	1 866 906	1 374 796	4 763 453	4 384 476
SOLDE DE FONDS	36	729 244	720 553	732 158	
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.35 + L.36)	37	2 596 150	2 095 349	5 495 611	4 384 476

BILAN

FONDS D'IMMOBILISATIONS — Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01		
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux établissements publics	03	9 519 324	4 501 421
Débiteurs :			
→ MSSS	04	8 254	
→ Gouvernement du Canada	05		
→ Autres débiteurs	06	500 865	525 000
À long terme			
Immobilisations	07	2 682 679	2 033 743
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - Réforme comptable	08	21 020 743	23 371 296
Frais reportés liés aux dettes	09	55 679	40 133
Autres éléments d'actifs	10		
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.10)	11	33 787 544	30 471 593
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	12		
Emprunts temporaires	13	10 251 006	5 213 920
Intérêts courus à payer	14	112 058	165 028
Salaires courus à payer	15		
Fonds des services de santé (FSS) à payer	16		
Provision pour vacances et congés de maladie	17		
Avances de fonds en provenance d'une agence	18		
Autres éléments	19	65 539	
À long terme			
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	20		
Autres revenus reportés	21	400 000	400 000
Passifs environnementaux	22		
Dettes à long terme	23	22 958 941	24 692 645
TOTAL DU PASSIF (L.12 à L.23)	24	33 787 544	30 471 593
SOLDE DE FONDS	25	(0)	
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.24 + L.25)	26	33 787 544	30 471 593

BILAN

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS — Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉS

ACTIF		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
À court terme			
Encaisse	01	2 752 574	1 933 069
Placements temporaires	02		
Débiteurs :			
→ MSSS	03	238 277	370 018
→ FINESSS	04		
→ Établissements publics	05		
→ Gouvernement du Canada	06		
→ Fonds d'exploitation	07		
→ Fonds des activités régionalisées	08		
	09		
→ Autres débiteurs	10	24 390	142 304
Charges payées d'avance	11		
Autres éléments	12		
Total - Actif à court terme (L.01 à L.12)	13	3 015 241	2 445 391
À long terme			
Subvention à recevoir - Provision pour vacances et congés de maladie	14	11 088	11 088
Placements à long terme	15		
TOTAL DE L'ACTIF (L.13 à L.15)	16	3 026 329	2 456 479
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	17		
Emprunts temporaires	18		
Intérêts courus à payer	19		
Autres créditeurs et autres charges à payer :			
→ Établissements publics	20	240 134	272 995
→ Organismes	21	343	
→ Fonds d'exploitation	22		
→ Fonds des activités régionalisées	23		137
	24		
→ Salaires courus à payer	25	543	
→ Fonds des services de santé (FSS) à payer	26		
→ Autres créditeurs	27	879 698	404 860
Revenus reportés - MSSS	28	87 903	9 999
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	29		
Autres revenus reportés	30		50 960
Provision pour vacances et congés de maladie	31	9 598	7 307
Autres éléments	32		
TOTAL DU PASSIF (L.17 à L.32)	33	1 218 219	746 258
SOLDE DE FONDS	34	1 808 110	1 710 221
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.33 + L.34)	35	3 026 329	2 456 479

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS 2011-2012

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ENVELOPPE RÉGIONALE			
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2011-2012 inscrit dans le système SBF-R	01	292 975 653	281 214 671
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE			
Allocations aux établissements	02	262 525 467	252 981 427
Allocations aux organismes communautaires	03	10 345 991	10 051 640
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	473 775	433 611
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrit dans le système SBF-R **(L.02 à L.04)**	05	273 345 233	263 466 678
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	17 800 140	16 175 086
Autres	07	5 700	3 600
TOTAL (L.05 à L.07)	08	291 151 073	279 645 364
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 - L.08)	09	1 824 580	1 569 307
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics → Comptes à payer signifiés	10	408 369	(522 731)
→ Comptes à payer non signifiés	11		8 678
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics → Comptes à payer signifiés	12	969 401	1 678 068
→ Comptes à payer non signifiés	13		
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R **(L.10 à L.13)**	14	1 377 770	1 164 015
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	446 810	405 292
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 - L.14 - L.15)	16		

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS
POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012

NOTE 1 - STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 - MODIFICATION DE CONVENTIONS COMPTABLES

Changement de référentiel comptable

En décembre 2010, le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public a modifié la préface des normes comptables pour le secteur public dans le but d'enjoindre aux organismes sans but lucratif du secteur public de se conformer soit au *Manuel de comptabilité de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) pour le secteur public* avec les chapitres de SP 4200 à SP 4270, soit au *Manuel de comptabilité de l'ICCA pour le secteur public* (Manuel du secteur public) sans ces chapitres, et ce, à compter des exercices ouverts le 1er janvier 2012.

À la demande du MSSS, l'Agence a adopté par anticipation les normes du Manuel du secteur public sans les chapitres de SP 4200 à SP 4270 (normes comptables s'appliquant uniquement aux organismes sans but lucratif du secteur public) pour le rapport financier annuel du 31 mars 2012.

De plus, le rapport financier annuel préparé par la direction de l'Agence est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des normes suivantes :

- Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire ainsi qu'aux indemnités de départ à verser aux hors cadres admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ni au bilan regroupé, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.
- Les immeubles loués auprès de la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation n° 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Au 31 mars 2010, le rapport financier annuel avait été établi conformément aux conventions comptables énoncées au Manuel de gestion financière (MGF) publié par le MSSS, lesquelles s'appuyaient sur les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Le changement de référentiel comptable n'a eu aucune autre incidence sur les résultats de l'exercice précédent.

NOTE 3 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

Conventions comptables

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Comptabilité par fonds

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de l'Agence et présentent donc une importance particulière :

- Le fonds d'exploitation : Fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).
- Le fonds des activités régionalisées : Fonds regroupant les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs.
- Le fonds d'immobilisations : Fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes à court et à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant à ces actifs. L'objectif est d'assurer un rapprochement entre les avantages procurés par ces contributions et l'utilisation de l'immobilisation. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.
- Les fonds affectés : Fonds constitués de subventions provenant principalement du MSSS. Ces subventions sont toujours reliées à des programmes ou services précisément définis et ne peuvent être attribuées qu'aux fins pour lesquelles elles sont accordées.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile.

Catégorie	Durée (avant le 1er avril 2008)	Durée (après le 1er avril 2009)
Améliorations locatives	10 ans	Durée restante du bail (maximum 10 ans)
Développement informatique	5 ans	5 ans
Équipement informatique	3 ans	3 ans
Machinerie, mobilier et équipement	10 ans	Sans objet
Mobilier et équipement de bureau	5 ans	5 ans
Équipement de communication multimédia	Sans objet	5 ans
Autres équipements : autre mobilier, équipement médical et de transport	Sans objet	12 ans, 15 ans

Attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte ou la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

- Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;
- Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du MSSS comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

- Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du MSSS comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;
- Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent);
- Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;
- Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre. Par ailleurs, l'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre le solde de cet avoir déficitaire.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auxquels ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec. De plus, on comptabilisera aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations, l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

NOTE 4 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée d'un montant maximal de 30 000 000 $ (2011 : 30 000 000 $) auprès de Financement Québec, à la moyenne des taux d'acceptations bancaires d'un mois d'échéance majoré de 0,05 %. Au 31 mars 2012, le solde utilisé est de 214 991 $ (2011 : 414 816 $).

De plus, l'Agence dispose d'une facilité de crédit au montant de 20 000 000 $ (2011 : 20 000 000 $) auprès d'une institution financière au taux variant entre le taux préférentiel diminué de 1,75 % et le taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 %, garanti par le MSSS, dont 10 036 015 $ sont utilisés en date du 31 mars 2012 (2011 : 4 799 104 $).

La convention de crédit a été renégociée en date du 27 mars 2012.

NOTE 5 - RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes de prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

NOTE 6 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéant à diverses dates jusqu'au 31 mars 2015 pour des locaux administratifs et des biens loués.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2012 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 182 443 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2013	180 425 $
2014	180 425 $
2015	180 425 $
	541 275 $

Des contrats d'acquisition de biens et services ont également été contractés. Les dépenses de l'exercice terminé le 31 mars 2012 concernant ces dépenses s'élèvent à 97 690 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2013	111 523 $
2014	27 277 $
2015	27 744 $
2016	28 220 $
2017 et subséquentes	24 752 $
	219 516 $

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'Agence s'est engagée par contrat à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région de la Côte-Nord. Compte tenu que certains médecins peuvent recevoir des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimée, le montant de cet engagement est estimé en fonction des informations disponibles à la date de ces états financiers. Les versements estimés prévus au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2013	1 108 024 $
2014	905 524 $
2015	740 524 $
2016	553 024 $
2017	553 024 $

NOTE 7 - ÉVENTUALITÉS

L'Agence et le CSSS de la Basse-Côte-Nord ont reçu des réclamations de la part de quatre médecins et un dentiste, leur reprochant d'avoir causé la fin de leurs contrats d'emploi. Les réclamations à ce jour totalisent 2 755 000 $ pour quatre d'entre eux. À la date de préparation des états financiers, la direction estime qu'il n'y a aucune responsabilité ou somme qui serait due en vertu de cette réclamation.

L'Agence a reçu une réclamation de la part d'un individu lui reprochant le non-respect d'une entente. Les réclamations à ce jour totalisent 91 172 $. À la date de préparation des états financiers, la direction de l'Agence n'est pas en mesure d'évaluer l'issue de cette réclamation ni les impacts financiers pouvant en découler, le cas échéant.

NOTE 8 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 9 - ÉTAT DE LA VARIATION DE LA DETTE NETTE

L'état de la variation de la dette nette n'est pas présenté dans les états financiers. Toutefois, l'information sur la dette est disponible à la lecture des autres états financiers et des informations explicatives.

NOTE 10 - ORGANISME NON CONSOLIDÉ SOUS CONTRÔLE DE L'AGENCE

L'Agence contrôle l'organisme Corélo inc. Cet organisme a pour mission de construire, acquérir, posséder, améliorer, administrer et aliéner des immeubles et biens meubles servant aux personnes oeuvrant et bénéficiant de services dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. L'organisme est constitué en vertu de la partie III de la Loi sur les compagnies du Québec et est un organisme sans but lucratif au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu.

L'Agence, conformément aux statuts de l'organisme, nomme tous les membres du conseil d'administration, ratifie tous les règlements de l'organisme, autorise l'aliénation des biens ainsi que toute construction, achat ou vente d'immeubles et elle est le bénéficiaire du reliquat en cas de dissolution de l'organisme sauf si un organisme exerçant une activité analogue est créé.

L'organisme n'a pas été consolidé dans le rapport financier annuel de l'Agence. Les états financiers vérifiés de l'organisme sont disponibles sur demande. Les états financiers condensés de cette entité non consolidée aux 31 mars 2012 et 2011 et pour les exercices terminés à ces dates sont les suivants :

Situation financière	**2012**	**2011 (retraité)**
Actif à court terme	1 805 904 $	890 169 $
Actif à long terme	12 741 905	12 837 621
	14 547 809	13 727 790
Passif à court terme	1 084 659	1 081 046
Passif à long terme	8 192 155	8 297 160
	9 276 814	9 378 206
Actifs nets	5 270 995	4 349 584
	14 547 809 $	13 727 790 $

Résultats des activités	**2012**	**2011 (retraité)**
Produits provenant des établissements	2 955 280 $	2 827 895 $
Autres produits	162 776	113 423
	3 118 056	2 941 318
Total des charges d'opération	2 196 645	2 757 740
Excédent des produits sur les charges	921 411 $	183 578 $

Évolution des actifs nets	**2012**	**2011 (retraité)**
Solde de début	4 349 584 $	4 201 884 $
Retraitement d'un exercice antérieur	-	(35 878)
Solde redressé	4 349 584	4 166 006
Excédent des produits sur les charges	921 411	183 578
Produits d'intérêts	-	-
Autres		
	5 270 995 $	4 349 584 $

Une portion de l'actif net de l'organisme est affectée. Cette affectation de fonds, d'origine interne, est faite en vue d'effectuer des travaux de rénovation et d'entretien majeur aux immobilisations détenues par l'organisme. Le solde de cette affectation est de 780 936 $ (2011 : 367 916 $ - retraité).

L'organisme a adopté comme conventions comptables les principes comptables généralement reconnus du Canada pour les organismes sans but lucratif.

NOTE 11 - VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

La variation des actifs financiers nets (dette nette) représente la différence entre les actifs financiers et les passifs financiers.

Les actifs financiers correspondent à tous les actifs à court et à long terme autres que les immobilisations, les stocks et les frais payés d'avance; ils représentent au 31 mars 2012 une somme de 42 176 603 $ (37 274 258 $ au 31 mars 2011).

Les actifs non financiers sont constitués des immobilisations, des stocks et des frais payés d'avance; ils s'élèvent à 2 729 031 $ au 31 mars 2012 (2 133 639 $ au 31 mars 2011).

Les passifs financiers correspondent à la somme des passifs à court et à long terme; ils totalisent au 31 mars 2012 une somme de 41 636 122 $ (35 798 615 $ au 31 mars 2011).

	2012	2011
Variation des actifs financiers	4 902 345 $	(2 061 433) $
Variation des actifs non financiers	595 392	(222 495)
Variation des passifs financiers	5 837 507	(2 702 256)
Variation des actifs financiers nets (dette nette)	935 162	(640 823)

ANNEXE A

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

VERSION FINALE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DES ADMINISTRATEURS

DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

(Règlement n° 1 de 2002)

Codification permanente : **Reg-eth-01**

ADOPTÉ AU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA CÔTE-NORD

Le 19 novembre 2002

PRÉAMBULE

Suivant l'article 340 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'Agence a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans la région, les orientations et politiques élaborées par le ministre.

Elle a aussi pour objet :

1) d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;
2) d'élaborer les priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de sa région en tenant compte des objectifs fixés par le ministre;
3) d'établir les plans d'organisation de services de son territoire et d'évaluer l'efficacité des services; la partie des plans d'organisation de services qui vise des services médicaux doit faire l'objet d'un avis de la Commission médicale régionale (CMR) et d'un avis du Département régional de médecine générale (DRMG);
4) d'allouer les budgets destinés aux établissements et d'accorder les subventions aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées;
5) d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences d'hébergement agréées aux fins de subventions et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
6) de mettre en place des mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
7) d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;
8) d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

Pour la réalisation de ses mandats, l'Agence obtient un financement provenant des crédits de l'Assemblée nationale. En conséquence, l'administration de l'Agence présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose donc un lien de confiance particulier entre l'Agence et les citoyens.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante des administrateurs de l'Agence pour garantir à la population une gestion intègre et transparente des fonds publics.

Cette préoccupation s'inscrit aussi dans les valeurs éthiques que l'administration gouvernementale véhicule depuis quelques années.

Dans le respect des valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler, dans le présent Code d'éthique et de déontologie, les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs de l'Agence adhèrent.

La Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30) fixe, à son article 3.01, l'obligation pour les membres d'un conseil d'administration d'une agence de se soumettre aux normes d'éthique et de déontologie édictées par règlement du gouvernement. De plus, l'article 34 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics exige que les administrateurs de l'Agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par ce règlement.

Ces dispositions législatives plus précises s'ajoutent à celles plus générales prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2). En effet, l'article 406, constituant en lui-même la genèse des comportements attendus de l'administrateur de l'Agence et reprenant l'obligation de l'administrateur diligent inscrite au Code civil du Québec, prévoit ce qui suit :

> *« 406. Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région pour laquelle l'Agence est instituée. »*

L'exercice auquel le législateur convie les administrateurs d'une agence peut résulter en une expérience enrichissante pour ceux-ci.

L'obligation d'adopter un code d'éthique et de déontologie ne doit pas être perçue comme un manque de confiance du législateur à l'endroit des administrateurs, mais plutôt comme un moyen, d'une part, d'aider les administrateurs à mieux reconnaître les implications de leur charge afin qu'ils puissent éviter de se placer dans des situations où leur intégrité pourrait être questionnée. D'autre part, l'adoption d'un code d'éthique et de déontologie est un outil que le conseil d'administration utilise afin de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de fonds publics, de favoriser une transparence au sein de l'Agence et une responsabilité collective et individuelle des administrateurs.

Même si l'élaboration du présent Code découle d'obligations légales, on doit, par contre, prendre garde de ne pas tomber dans un « juridisme excessif » tant au niveau de la conception que de l'application du Code et être conscient que le Code ne pourra pas, et ne devrait pas d'ailleurs, couvrir toutes les situations qui peuvent se présenter.

DÉCLARATION DE PRINCIPES

ATTENDU l'article 406 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) qui prévoit que les administrateurs de l'Agence doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord;

ATTENDU l'article 3.01 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30) qui fixe l'obligation pour les administrateurs de l'Agence de se soumettre aux normes d'éthique et de déontologie édictées par règlement du gouvernement;

ATTENDU QUE l'article 34 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics exige que les administrateurs de l'Agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par ce règlement;

ATTENDU QUE les administrateurs doivent voir à identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir;

ATTENDU QU'ils doivent également élaborer des orientations en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de la région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région;

ATTENDU QUE l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de l'efficience, de la moralité, de la crédibilité, de la loyauté et de la confidentialité.

Les administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord s'engagent à respecter les orientations suivantes dans le processus de décisions auquel ils seront appelés à participer :

- **Primauté des intérêts de la population à desservir;**
- **Distribution équitable des ressources de la région.**

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacune des dispositions du présent Code d'éthique et de déontologie applicables à chacun des administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord. Ils complètent et signent, en début de mandat, l'engagement personnel prévu à l'annexe I.

I. OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code a pour objet de définir les normes d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord déclarent adhérer. Ces normes et leur application ont pour objectif de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de l'Agence, de favoriser la transparence au sein de l'Agence et de responsabiliser les administrateurs individuellement et collectivement.

Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur.

Notamment, il :
- traite des mesures de préventions, y incluant des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
- traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
- prévoit des mécanismes d'application du Code.

2. Tout administrateur de l'Agence est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par les lois, les règlements et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. Il doit organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'Agence, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme, entreprise ou association, ou en est membre.

3. Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord.

Chaque administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, doit également agir dans le respect du droit, avec efficacité, assiduité et équité.

II. DÉFINITIONS

4. Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

a) « **administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'Agence, le président-directeur général et le directeur de santé publique;

b) « **association ou entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Agence;

c) « **Code** » désigne le présent Code;

d) « **conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation ou apparence de situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;

e) « **conseil d'administration** » désigne le conseil d'administration de l'Agence;

f) « **proche** » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur; cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur;

g) « **Agence** » désigne l'Agence de la Côte-Nord.

III. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR PENDANT SON MANDAT

L'administrateur agit dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord

À cette fin, l'administrateur :

5. Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne. Il doit également privilégier l'intérêt collectif de la population de la région plutôt que l'intérêt d'un secteur, d'une ressource ou d'une personne.

6. Contribue à la réalisation des fonctions de l'Agence et à la saine administration des fonds publics dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.

7. S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.

8. S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.

9. S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

L'administrateur agit avec soin, prudence, diligence et compétence

Disponibilité et participation active

10. L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions notamment en s'engageant à faire ses meilleurs efforts pour assister aux séances du conseil d'administration ou autres réunions auxquelles il doit assister de par ses fonctions et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration.

Soin et compétence

11. L'administrateur s'assure de bien connaître et suivre l'évolution des affaires de l'Agence; il se renseigne avant de décider et évite de prendre des décisions prématurées.

    Il s'assure de respecter l'ensemble des règlements, politiques, cadres de gestion ou toutes règles en vigueur à l'Agence et contribue à leur respect.

Neutralité

12. L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote ou en exerçant ses pouvoirs de la manière la plus objective possible sans tenir compte de considérations politiques ou partisanes. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.

13. L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne ou être influencé par des offres d'emploi.

Activités politiques

14. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit éviter de manifester publiquement ses allégeances politiques partisanes.

15. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.

Tout autre administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président du conseil d'administration.

16. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions.

17. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à la charge de député à l'Assemblée nationale, de député à la Chambre des communes du Canada ou à une autre charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps plein doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

18. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à une charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps partiel, mais dont la candidature sera susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

19. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui obtient un congé sans rémunération conformément à l'article 17 ou à l'article 18 a le droit de reprendre ses fonctions au plus tard le 30e jour qui suit la date de clôture des mises en candidature, s'il n'est pas candidat, ou, s'il est candidat, au plus tard le 30e jour qui suit la date à laquelle une autre personne est proclamée élue.

20. Tout administrateur qui est élu à une charge publique à temps plein et qui accepte son élection doit se démettre immédiatement de ses fonctions d'administrateur.

Discrétion

21. L'administrateur fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Agence, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher l'administrateur représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant les lois ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

L'administrateur reconnaît l'importance de protéger la confidentialité des renseignements nominatifs et doit s'assurer que les décisions et les activités de l'Agence respectent cette confidentialité ainsi que la législation applicable.

Relations publiques

22. L'administrateur respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public ou chaque individu et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibé par les lois.

23. Lorsque requis, l'administrateur donne au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'Agence.

24. L'administrateur adopte une attitude de dignité, de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

25. L'administrateur reconnaît que le président-directeur général ou la personne que ce dernier désigne agit à titre de porte-parole de l'Agence vis-à-vis le public ou lors de représentations auprès d'un tiers.

L'administrateur agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

26. Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'Agence et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne ou association.

    L'administrateur contribue à la réalisation de la mission de l'Agence dans son meilleur intérêt. Dans ce cadre, il doit mettre à profit ses connaissances, ses aptitudes et son expérience de manière à favoriser l'accomplissement efficient, équitable et efficace des mandats de l'Agence et de l'administration de tous les biens qu'elle possède ou dont elle a la garde.

27. Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

28. Respecte les décisions du conseil d'administration ou d'autres instances de l'Agence et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.

29. Se comporte de façon à éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions. À cet effet, il doit refuser de devenir le représentant de toute personne ou groupe que ce soit de façon telle que sa loyauté envers l'Agence puisse être questionnée. Par exemple, le législateur n'a pas voulu que chaque groupe intéressé par l'administration des services de santé et des services sociaux se retrouve au conseil d'administration de l'Agence.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

30. L'administrateur évite et dénonce les conflits d'intérêts ou de devoirs.

L'administrateur et les conflits d'intérêts

31. Sous peine de déchéance de sa charge, l'administrateur doit dénoncer par écrit au conseil d'administration tout intérêt direct ou indirect, réel ou apparent, qu'il a dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'Agence.

    De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise, l'organisme ou l'association dans lequel il a cet intérêt réel ou apparent est débattue.

    Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).

L'administrateur et les conflits de rôle

32. Sous peine de sanction pouvant aller de la réprimande à la déchéance de charge, l'administrateur doit dénoncer, par écrit, au conseil d'administration, toute autre charge ou fonction qu'il occupe dans une entreprise, organisme ou association lorsque les intérêts de cette entreprise, organisme ou association sont en conflits réels avec ceux du conseil d'administration ou de l'Agence.

    De plus, l'administrateur doit s'abstenir de siéger et de participer aux délibérations lorsqu'une question mettant en conflit réel les intérêts du conseil d'administration ou de l'Agence et ceux de l'entreprise, l'organisme ou l'association où il occupe une charge ou fonction.

Le président-directeur général, le directeur de santé publique et les conflits d'intérêts

33. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique, sous peine de déchéance de sa charge ou de son congédiement, ne peut avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence.

Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

34. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement ou toute agence. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le président-directeur général ou le directeur de santé publique et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.

35. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement ou une agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le président-directeur général ou le directeur de santé publique a des intérêts pécuniaires.

L'exclusivité de fonctions du président-directeur général et du directeur de santé publique

36. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de sa suspension sans traitement ou de son congédiement et sous réserve des exceptions prévues aux lois, s'occuper exclusivement du travail de l'Agence et des devoirs de sa fonction. Cependant, il peut occuper un autre emploi, charge ou fonction, dans la mesure où le ministre de la Santé et des Services sociaux l'autorise. Lorsqu'une telle autorisation est accordée, le conseil d'administration doit en être informé.

Biens de l'Agence

37. L'administrateur utilise les biens, les ressources ou les services de l'Agence selon les modalités d'utilisation en vigueur à l'Agence. Il ne peut confondre les biens de l'Agence avec les siens et ne peut, sans autorisation, utiliser les biens de l'Agence pour ses besoins personnels.

Avantages ou bénéfices indus

38. L'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.

39. L'administrateur ne peut, pour lui ou un tiers, accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaires avec l'Agence, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui peut compromettre ou semble compromettre l'attitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

40. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception de sa rémunération et du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement ou le ministre de la Santé et des Services sociaux.

41. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique ne peut, sous peine de suspension ou de déchéance de sa charge, accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Transparence

42. L'administrateur révèle tout renseignement ou fait aux autres administrateurs lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur une décision à prendre ou une action à poser.

Interventions abusives

43. Hormis le président-directeur général ou le directeur de santé publique, l'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sauf l'engagement du président-directeur général, du directeur de santé publique ou de tout autre cadre supérieur.

44. L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.

45. L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme ou une personne et l'Agence.

46. L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des séances; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté du conseil d'administration ou de toute autre instance de l'Agence.

47. L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.

48. L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi des administrateurs et du personnel de l'Agence; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité ou sur la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.

49. L'administrateur évite, dans le cadre d'une séance, d'afficher sa position par des signes extérieurs, il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

50. L'administrateur peut faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.

51. L'administrateur évite de porter atteinte, par des propos immodérés, à la réputation de l'Agence, de toutes les personnes qui y œuvrent ou de toute autre personne.

IV. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR APRÈS SON MANDAT

L'administrateur est soumis à certaines obligations après la fin de son mandat

À cette fin, l'administrateur :

52. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

53. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

54. S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Agence, de solliciter un emploi auprès de l'Agence.

55. Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur, ni ne donne à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant les responsabilités de l'Agence ou des établissements de santé ou de services sociaux.

56. Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

57. Dans l'année qui suit la terminaison du mandat d'un administrateur, les administrateurs en fonction ne peuvent traiter avec ce dernier.

V. MÉCANISMES D'APPLICATION

58. Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent Code par les administrateurs de l'Agence. Il doit s'assurer de la connaissance, par les administrateurs, des principes, règles et modalités du présent Code et agir auprès d'eux à titre de conseiller, notamment en prévoyant les formations requises.

59. Toute allégation d'inconduite ou de manquement aux lois, aux règlements ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du conseil d'administration ou au président-directeur général si l'allégation concerne le président du conseil d'administration.

Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du conseil d'administration, lors de la première séance qui suit. Le conseil d'administration peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

Toute allégation retenue par le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le conseil d'administration doit être transmise au comité sur l'éthique et la déontologie constitué en vertu du présent Code.

Tenue de l'enquête

60. Le comité sur l'éthique et la déontologie décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

Information de l'administrateur concerné

61. Au moment où il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées des lois, des règlements ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai de sept jours, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix, de se faire représenter et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Transmission du rapport au président du conseil d'administration

62. À la suite de son enquête, le comité sur l'éthique et la déontologie transmet au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, selon le cas, un rapport contenant un sommaire de l'enquête et les recommandations de sanction ou de corrections, le cas échéant. Ce rapport est confidentiel.

Décision

63. À la suite du rapport du comité sur l'éthique et la déontologie, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, doit décider si l'administrateur a enfreint ou non une disposition d'une

loi, d'un règlement ou du présent Code. L'administrateur peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

Si la décision est à l'effet que l'administrateur a contrevenu à une loi, un règlement ou au présent Code, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, transmet, pour décision finale, l'allégation, le dossier et ses recommandations au secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif peut relever provisoirement de ses fonctions, avec rémunération le cas échéant, l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

64. Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif doit, sur réception de l'allégation, faire part à l'administrateur des manquements reprochés ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

Lorsque le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif arrive à la conclusion que l'administrateur a contrevenu à une loi, à un règlement ou au présent Code, il transmet sa recommandation au secrétaire général du Conseil exécutif qui décide de la sanction à imposer.

Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension avec ou sans rémunération d'une durée maximale de trois mois ou la révocation. L'administrateur est informé, par écrit, de la décision motivée et de la sanction qui lui est imposée.

Si la sanction proposée consiste en la révocation de l'administrateur, celle-ci ne peut être imposée que par le gouvernement.

VI. ENGAGEMENTS

65. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'annexe II du présent Code.

Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

De plus, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'annexe III du présent Code.

VII. LA PROTECTION DES PERSONNES RESPONSABLES DE L'APPLICATION DU CODE

66. Le législateur précise que les personnes qui seront responsables de voir à l'application du Code ne peuvent faire l'objet de poursuite en justice pour des actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

Cette protection s'étend à toute personne qui se voit confier un mandat d'enquête ainsi qu'au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, selon le cas, lorsqu'il recommande l'imposition d'une sanction à l'administrateur en faute.

La loi n'exonère pas cependant la personne qui fait une allégation malicieuse à l'égard d'un administrateur dans le but de nuire à sa réputation. De même, les personnes chargées de l'application du Code peuvent s'exposer à une poursuite judiciaire si elles agissent de façon malhonnête ou malicieuse dans l'accomplissement de leur mandat.

VIII. PUBLICITÉ DU CODE

67. L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

68. L'Agence doit publier dans son rapport annuel, le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

69. Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :
- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été remises à l'ordre, réprimandées, suspendues ou révoquées.

IX. CRÉATION DU COMITÉ SUR L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE

70. Par le présent Code, un comité sur l'éthique et la déontologie est institué. Il est composé de trois membres nommés par et parmi les membres du conseil d'administration autre que le président du conseil d'administration et le président-directeur général.

Le mandat de chacun de ces membres est d'une durée d'un an.

71. Une personne cesse d'être membre du comité lorsqu'elle perd la qualité nécessaire à sa nomination.

72. Sous réserve de l'article 71, un membre du comité demeure en fonction, malgré la fin de son mandat, tant qu'il n'est pas remplacé ou désigné de nouveau.

73. Toute vacance survenant au comité est comblée pour la durée non écoulée du mandat suivant les prescriptions de l'article 69 du présent Code.

74. Dans l'hypothèse où une dénonciation concernerait un membre du comité, ce dernier ne peut siéger au comité et est remplacé suivant les indications du conseil d'administration pour la durée décidée par le conseil.

75. Le quorum des réunions du comité est de trois membres.

Les décisions du comité sont prises à la majorité simple des membres présents.

76. Les fonctions du comité sont les suivantes :
a) S'assurer de la signature par les administrateurs de toutes les déclarations prévues au présent Code;
b) Enquêter sur toute dénonciation ou sur toute matière découlant de l'application du présent Code;
c) Déterminer, à la suite d'une enquête, si un membre a contrevenu aux dispositions du présent Code;
d) Faire des recommandations sur les sanctions à imposer à un membre en cas de contravention ou sur toute matière susceptible d'améliorer l'application du présent Code.

X. CONSEILLER À L'ÉTHIQUE ET À LA DÉONTOLOGIE

77. Le président-directeur général peut désigner toute personne pour agir à titre de conseiller à l'éthique et à la déontologie, notamment pour conseiller les administrateurs ou pour appuyer le comité sur l'éthique et la déontologie dans ses fonctions.

XI. DISPOSITIONS FINALES

78. Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration.

ANNEXE B

RÉPARTITION PAR CENTRES D'ACTIVITÉ DU VOLUME ET DES COÛTS DE DÉPLACEMENT DES USAGERS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

RÉPARTITION PAR CENTRES D'ACTIVITÉ DU VOLUME ET DES COÛTS DE DÉPLACEMENT DES USAGERS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

Exercice 2011-2012

Établissement	Déplacement des usagers entre établissements		Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus		Déplacement des usagers par EVAQ		Déplacement des cas électifs		Déplacement des bénéficiaires autochtones		Total	
	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements
CSSS de la Haute-Côte-Nord	385 686	984	61 012	386		1	272 271	3 651			718 969	5 022
CSSS de Manicouagan	388 427	780	176 000	772	559 630	643	895 946	11 575			2 020 003	13 770
CSSS de Port-Cartier	149 366	575	33 605	229	11 240	12	110 772	1 017			304 983	1 833
CSSS de Sept-Îles	621 535	615	121 655	892	125 863	143	345 744	2 966			1 214 797	4 616
CSSS de la Minganie	308 903	426	78 557	144	15 787	19	501 123	3 152	47 240	87	951 610	3 828
CSSS de la Basse-Côte-Nord	938 370	448	15 155	68	40 997	65	3 532 811	6 142			4 527 333	6 723
CSSS de l'Hématite	230 204	230			27 799	71	1 013 590	2 530			1 271 593	2 831
CLSC Naskapi									1 209 867	1 798	1 209 867	1 798
CPRCN	310	3									310	3
TOTAL	3 022 801	4 061	485 984	2 491	781 316	954	6 672 257	31 033	1 257 107	1 885	12 219 465	40 424

Exercice 2010-2011

Établissement	Déplacement des usagers entre établissements		Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus		Déplacement des usagers par EVAQ		Déplacement des cas électifs		Déplacement des bénéficiaires autochtones		Total	
	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements
CSSS de la Haute-Côte-Nord	401 741	983	61 073	370	1 250	2	195 821	2 756			659 885	4 111
CSSS de Manicouagan	420 506	590	151 332	1 041	556 605	620	896 676	11 916			2 025 119	14 167
CSSS de Port-Cartier	160 972	556	36 738	236	16 885	19	109 372	1 024			323 967	1 835
CSSS de Sept-Îles	587 527	581	99 831	705	149 041	161	338 326	3 135			1 174 725	4 582
CSSS de la Minganie	261 608	353	62 966	121	23 774	28	397 301	1 980	48 090	85	793 739	2 567
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 006 794	423	12 863	53	30 000	48	3 298 660	5 584			4 348 317	6 108
CSSS de l'Hématite	145 220	185			24 011	68	959 451	2 630			1 128 682	2 883
CLSC Naskapi									1 076 379	1 197	1 076 379	1 197
CPRCN	1 964	3									1 964	3
TOTAL	2 986 332	3 674	424 803	2 526	801 566	946	6 195 607	29 025	1 124 469	1 282	11 532 777	37 453

ANNEXE B

ANNEXE C

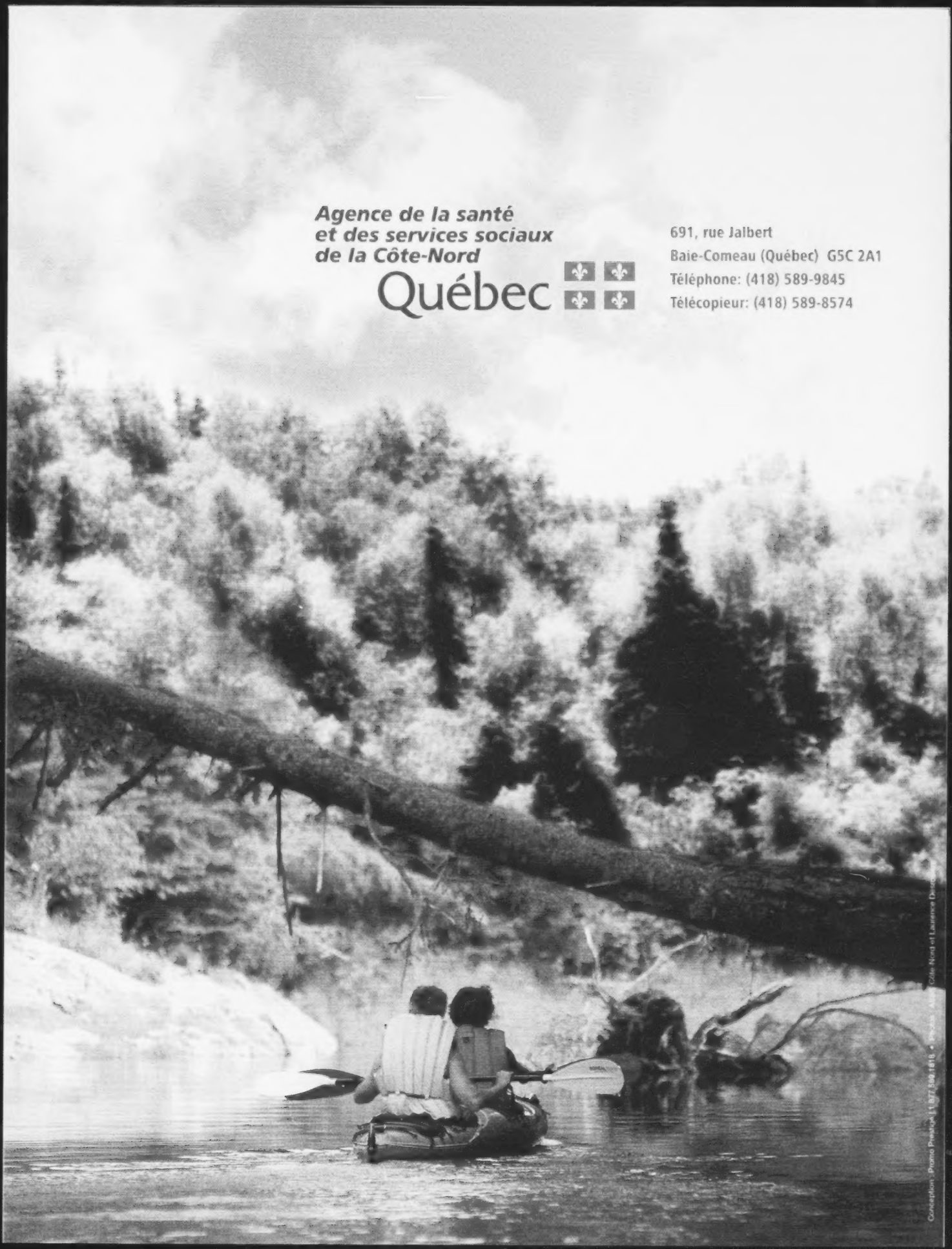
RÉPARTITION DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE DÉCLARÉES EN 2011

RÉPARTITION DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE DÉCLARÉES EN 2011 SELON LE TERRITOIRE DE CSSS ET POUR LA RÉGION CÔTE-NORD

MALADIE	CSSS de la Haute-Côte-Nord	CSSS de Manicouagan	CSSS de Port-Cartier	CSSS de Sept-Îles	CSSS de la Minganie	CSSS de la Basse-Côte-Nord	CSSS de l'Hématite	CLSC Naskapi	TOTAL CÔTE-NORD 2011 (incluant les communautés innues)
Maladies entériques									
Gastro-entérite à *Yersinia entérocolitica*		3							3
Giardiase	1	4		1	1				7
Infection à *Campylobacter*	2	4	1	3		2	1	1	14
Salmonellose	2	3	1	4		18			28
Shigellose	1								1
Infections transmissibles sexuellement et par le sang									
Hépatite B (porteur chronique)[1]	1		1						2
Hépatite C	2	1	1	4		1			9
Infection à *Chlamydia trachomatis*	11	93	17	111	31	29	5	9	306
Infection gonococcique[2]				1					1
Syphilis (primaire)		1		1					2
Maladies évitables par la vaccination									
Infection invasive à méningocoque	1	1			1				3
Infection invasive à *Haemophilus influenzae*			1						1
Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae*	3	7	1	5	4	1			21
Autres									
Hantavirus	1								1
Infection à *Plasmodium* (paludisme)		1							1
Infection invasive à streptocoque du groupe A	1	1		2	2				6
Tuberculose		1	1						2
TOTAL	**26**	**120**	**24**	**132**	**39**	**51**	**6**	**10**	**408**

1. Dont un cas reste à confirmer.
2. Aucune résistance.

Source : Registre provincial des MADO, Laboratoire de santé publique du Québec, région Côte-Nord, 1er janvier au 31 décembre 2011.


Agence de la santé
et des services sociaux
de la Côte-Nord
Québec
691, rue Jalbert
Baie-Comeau (Québec) G5C 2A1
Téléphone: (418) 589-9845
Télécopieur: (418) 589-8574